



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0.20 VALLEJO

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AL SUFRIR UN
EVENTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL HGZ 24 DEL IMSS”**

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. NORMA GUTIÉRREZ BALTAZAR.

TUTOR:
DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA.

ASESOR CLÍNICO:
DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ MÉNDEZ.

GENERACIÓN
2015-2018
CIUDAD DE MÉXICO 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AL SUFRIR UN
EVENTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL HGZ 24 DEL IMSS”

TUTOR:

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DE SALUD
U.M.F. 20 DEL IMSS.

“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AL SUFRIR UN
EVENTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL HGZ 24 DEL IMSS”

ASESOR CLÍNICO:

DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ MÉNDEZ.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DE SALUD
H.G.Z. 24. DEL IMSS.

“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AL SUFRIR UN
EVENTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL HGZ 24 DEL IMSS”

Vo. Bo.

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR U.M.F.20 DEL IMSS.

“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AL SUFRIR UN
EVENTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL HGZ 24 DEL IMSS”

Vo. Bo.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.
PROFESORA ADJUNTA AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR U.M.F.20 DEL IMSS.

No sólo no hubiésemos
sido nada sin ustedes,
si no con toda la gente
que estuvo a nuestro
alrededor desde el
comienzo; algunos
siguen hasta hoy.
¡GRACIAS TOTALES!

GUSTAVO ADRIÁN CERATI CLARK.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo Dedico a mi Papá y a mi Mamá: que han sido un ejemplo y guía en mi vida, por todo su esfuerzo, por estar a mi lado en momentos de alegría y sufrimiento y han sido las principales personas en cultivar en mí el estudio, la responsabilidad, dedicación y superación personal y profesional.

A mi Esposo que ha sido un pilar en mi camino y gran apoyo para lograr mi especialidad.

A mis hermanas que con su ejemplo han inspirado en mí, un logro más de superación profesional.

A mis Sobrinas: Danaé y Erika para que sea un estímulo por alcanzar sus sueños.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por darme fortaleza, sabiduría, serenidad día con día en mi vida, durante mi carrera profesional y en especial estos 3 años.

Gracias a mi Esposo por estar conmigo en los momentos de alegría, en los momentos difíciles que pase durante la residencia y para realizar mi trabajo de tesis, por todo su apoyo incomparable, gracias por ser mi amigo, mi terapeuta y mi compañero de vida. Te amo Yuri Eduardo.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, gracias que me brindó la oportunidad de continuar en esta institución y a través de la Universidad Nacional Autónoma de México poder realizar mis estudios de posgrado.

Gracias a mi asesor de tesis Dr. Gilberto Cruz Arteaga por su dedicación y apoyo en la elaboración de este trabajo.

Gracias a las Dras. Carmen Aguirre García y Santa Vega Mendoza por sus enseñanzas y guía durante mi formación como especialista en Medicina Familiar.

Agradezco a los pacientes que participaron en mis encuestas ya que sin ellos no sería posible terminar mi proyecto y formaron parte en la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
HIPÓTESIS	17
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y MÉTODOS	19
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	49

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AL SUFRIR UN
EVENTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL HGZ 24 DEL IMSS”**

No de Registro: R-2017-3516-13

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AL SUFRIR UN EVENTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL HGZ 24 DEL IMSS.

Gutiérrez-Baltazar Norma¹, Cruz-Arteaga Gilberto², Ramírez-Méndez Francisco Javier³.

¹Médico Residente de tercer año de Medicina-Familiar UMF20-IMSS.

²Médico Especialista en Medicina-Familiar. Coordinador-Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF20-IMSS.

³Médico Especialista en Medicina de Urgencias. Coordinador-Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ24-IMSS.

Antecedentes: La cardiopatía isquémica es una enfermedad frecuente y severa con impacto en la salud y la calidad de vida. **Objetivo:** Conocer la calidad de vida en pacientes al sufrir un evento de infarto agudo al miocardio en el HGZ24. **Material y métodos:** Estudio analítico en 50 pacientes de 2-12 meses de postinfartados en consulta externa de cardiología HGZ24-IMSS. Previo consentimiento informado se aplicó encuesta de datos generales y cuestionario Mc-New QLMI para calidad de vida. **Estadística:** descriptiva, ANOVA, Levene $p \leq .05$. **Resultados:** edad 65.40 ± 8.4 años, masculinos 74%, casados 80%, con primaria 42%, ocupación 40% diferentes a las habituales, 70% con Hipertensión Arterial, 70% recibió Rehabilitación Cardiovascular (RCV). Perciben su calidad de vida regular 82% al igual que las áreas: físico 78%, emocional 80%, social 72%, emocional-físico 54%, emocional-social 46%, físico-social 72%, emocional-físico-social 58%. Se relacionó una mayor significancia en Emocional-Físico con rehabilitación cardiovascular ($p=0.003$) y físico-social con la edad ($p=0.001$). **Conclusiones:** Entre más jóvenes se presente el infarto y se reciba la rehabilitación cardiovascular se percibe mejor calidad de vida tanto físico, social y emocional.

PALABRAS CLAVE: Infarto agudo al miocardio, Calidad de vida.

PERCEPTION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS TO SUFFER A EVENT OF ACUTE INFARCTION TO THE MYOCARDIO AT HGZ 24 IMSS.

Gutierrez-Baltazar Norma¹, Cruz-Arteaga Gilberto², Ramirez-Mendez Francisco Javier³.

1 Resident Physician of the third year of Medicine-Family UMF20-IMSS.

2 Medical Specialist in Family Medicine. Coordinator-Clinical Health Education and Research UMF20-IMSS.

3 Medicine Specialist in Emergency Medicine. Coordinator-Clinical Health Education and Research HGZ24-IMSS.

Background: Ischemic heart disease is a frequent and severe disease with an impact on health and quality of life. **Objective:** To know the quality of life in patients suffering from an acute myocardial infarction in the HGZ24. **Material and methods:** Analytical study in 50 patients of 2-12 months postinflammation and external consultation of HGZ24-IMSS cardiology. Previous informed consent was applied general data survey and questionnaire Mc-New QLMI for quality of life. **Statistical:** descriptive, ANOVA, Levene $p \leq 0.05$. **Results:** age 65.40 ± 8.4 years, male 74%, married 80%, with primary 42%, occupation 40% different from usual, 70% with Arterial Hypertension, 70% received Cardiovascular Rehabilitation. They perceive their regular quality of life 82%, as well as the areas: physical 78%, emotional 80%, social 72%, emotional-physical 54%, emotional-social 46%, physical-social 72%, emotional-physical-social 58 %. ($P = 0.003$) and physical-social age ($p = 0.001$). **Conclusions:** The younger the infarction occurs and cardiovascular rehabilitation is perceived, the better physical, social and emotional quality of life is perceived.

KEY WORDS: Acute myocardial infarction, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

Según estadísticas de la OMS, la primera causa de mortalidad a nivel mundial la representa la cardiopatía isquémica. Al igual que en América Latina, incluyendo México ésta enfermedad ocupa el segundo lugar vista como la enfermedad cardiovascular dominante. En el año 2010 el IMSS reportó una tasa de mortalidad en mujeres de 483.2 por cada 100 000 derechohabientes y en hombres 365.8 por cada 100 000 derechohabientes. Siendo el IMSS la institución de mayor seguridad social en el país y cubre a casi la mitad de la población mexicana.¹

Para el 2010 en el IMSS la esperanza de vida en las mujeres fue de 16 años y en los hombres de 15.2 años lo que indica que a partir de esta edad viven menos tiempo con vida saludable. Y para la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) se estimó en 66.5 años. Ese mismo año se perdieron 1.8 millones de Estimación de los años de vida saludables perdidos (AVISA) 47.4 % correspondió a los años de vida perdidos en las mujeres y 52.6 % en los hombres, Para la Esperanza de Vida con Discapacidad global correspondió a 9.8 años, con 6.2 años para las mujeres y 5.4 años para los hombres, lo que indica que esta población estará enferma por casi 10 años utilizando los servicios de salud para su supervivencia siendo la cardiopatía isquémica la segunda causa para este tipo de enfermedades con discapacidad.²

La CV saludable es un indicador que incrementa la esperanza de vida, con un mejor nivel de salud en la población, así como disminuir secuelas en nuestros pacientes con cardiopatía isquémica. Reconocer a la población en riesgo en nuestra unidad nos ayudará a disminuir las cifras de mortalidad por secuelas, detectar factores de riesgo para nuevos eventos de infarto, poder intervenir oportunamente para su manejo y aumentar la esperanza de vida; construyendo e integrarlos a grupos de ayuda y de trabajo educativo con el área de trabajo social para disminuir secuelas, gestión de programas de actividad física de bajo impacto supervisado por personal médico para incrementar su capacidad física y darle continuidad y con ello lograr una integración familiar y una mejoría de redes sociales a través de terapia familiar.

Todo esto con la finalidad de que estos programas se integren y mejoren el nivel de salud de estos pacientes, reintegrando su estado bio-psico-social de la población en riesgo.

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares, son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, las cardiopatías congénitas, las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012 registra una mortalidad para enfermedad cardiovascular de 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31%. Correspondiendo 42.28% a cardiopatía isquémica.³

La American Heart Association ha publicado que aproximadamente 15,4 millones de personas mayores de 20 años en Estados Unidos padecen cardiopatía isquémica; se estima una tasa de prevalencia para infarto de miocardio con el 2,9% (4,2% de los varones y el 2,1% de las mujeres). La incidencia ha disminuido en las últimas décadas entre 114 y 133 casos por cada 100.000 personas/año. Las edades entre 65 a 94 años se duplica en los varones y se triplica en las mujeres respecto a edades entre 35 a 64 años. En cuanto a la mortalidad se ha estimado la tasa es mayor en varones que en mujeres: 3 veces mayor en el grupo de 25-34 años y 1.6 veces mayor en el grupo de 75-84 años.

Un análisis reciente en España estima una distribución de Síndrome Coronario Agudo durante 2013 del 38.2%. Con respecto a su incidencia desde 2013 a 2049 se espera que los casos se incrementen entre un 69 a un 116% en el grupo de edad más avanzada. Dentro de la tasa de mortalidad para Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es de 64% (67% en los varones y 60% en las mujeres).^{4, 5}

En México en el 2012 se presentaron un total de 58,178 casos de Enfermedades isquémicas del corazón, ocupando el 12º lugar de las 20 principales causas de enfermedades no transmisibles. Los hombres son más afectados con el 55.2% de los casos. El grupo de edad con mayor incidencia es el de 65 y más años (323.49 casos), seguido por el de 60 a 64 años (253.52 casos) y los de 50 a 59 años (83.49 casos). La institución con mayor número de casos fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Ordinario con el 51.4%, en tanto que Secretaria de Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaria de Marina (SEMAR) 0.2% cada una.⁶

En el año 2013 se reporta por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) como primera causa de mortalidad a la cardiopatía isquémica con un 12.71%(79,301 casos), correspondiendo para hombres un 12.73%(44,319 casos) y para mujeres un 12.70%(34,963 casos) en ambos grupos como primera causa de muerte.⁷

En el IMSS en el año 2008 se reporta como la segunda causa de muerte la cardiopatía isquémica con un 67.18%. Ésta letalidad ha disminuido en 2.5% en los últimos 15 años, seguramente en relación a la mejoría en la atención médica.⁸

En la Unidad de Medicina Familiar No 20 del IMSS, ubicada en Delegación Norte 1 de la Ciudad de México, reporta en el Diagnostico de Salud para el año 2015, como segunda causa de mortalidad para Infarto agudo al miocardio un 41.8% (56 defunciones), correspondiendo un 43.23% para hombres y un 40.6% para mujeres, con un mayor índice de población para edad mayor a 65 años.⁹

La OMS definió el IAM la presencia de por lo menos dos de los siguientes criterios: 1) dolor torácico sugestivo de isquemia típica o atípica, 2) elevación de marcadores de macronecrosis, 3) cambios en el Electrocardiograma (ECG) característicos con presencia de ondas Q patológicas.¹⁰

Se define como Cardiopatía isquémica a la disminución de la perfusión de oxígeno, cuando hay un imbalance entre la suplencia y la demanda de oxígeno a una porción del miocardio. La causa más común es la enfermedad aterosclerótica. Existen unos factores de riesgo para su presentación y perpetuación que son conductuales (hábito de fumar, dieta rica en grasas saturadas, sedentarismo) y metabólicos (hiperlipidemia, HTA, obesidad, Diabetes mellitus) y el antecedente familiar.¹¹

Cuando el endotelio de la pared arterial se expone a factores de riesgo proinflamatorios y vasoconstrictores (dislipidemia, hormonas, hipertensión, productos de glucooxidación asociados a hiperglucemia o citocinas proinflamatorias) derivadas del exceso de tejido adiposo, aumenta la expresión de las moléculas de adhesión lo que promueve adhesión leucocitaria a la pared arterial. El incremento del proceso inflamatorio subyacente al ateroma inicial, las células del músculo liso migran de la media a la íntima. Esta fase se conoce como proliferativa, la cual aumenta con el descenso de óxido nítrico y con el incremento de angiotensina II. Estas células que proliferan recubren el núcleo ateromatoso y producen proteínas de matriz extracelular (colágeno, elastina y proteoglicanos) y así forman una cubierta fibrosa "Placa aterosclerótica". El proceso inflamatorio trae consigo a la placa vulnerable, que esta dependerá de su contenido en linfocitos y macrófagos activados; los linfocitos que contienen una citosina "Interferón gamma" que nos da la síntesis de colágeno en la capa debilitando su estructura, y los macrófagos producen proteínas de tipo metaloproteinasas (colagenasas, gelatinasas) ayudando a digerir la placa y así la rotura de ésta. Cuando se rompe la placa se observa agregación plaquetaria y trombosis. La ruptura ocurre con mayor frecuencia en la porción delgada denominada "hombros" o "cuernos", en donde la

colágena está disminuida y la inflamación tiene importante acción a través de enzimas proteolíticas que disuelven la matriz. La disminución abrupta del flujo coronario condicionará micro o macronecrosis si no se activa la lisis endógena o se establece un abordaje de reperfusión terapéutico efectivo. Después de una obstrucción del 100% del flujo coronario por 15 minutos se inicia la necrosis celular, caracterizada por coagulación o contracción por bandas de necrosis con apoptosis la cual se establece a las 4 ó 6 horas, dependiendo de la presencia de circulación colateral, oclusión coronaria intermitente, miocardio pre acondicionado y sensibilidad de miocitos. Estos hallazgos asociados a infiltración de leucocitos definen un infarto agudo o en evolución (6 horas a 7 días). La presencia de monocitos y fibroblastos, sin leucocitos polimorfonucleares establece un infarto reciente o en cicatrización (7 a 28 días). La presencia de tejido fibroso sin infiltración celular identifica un infarto antiguo o cicatrizado (> 28 días). Por su tamaño se clasifican en microscópicos (necrosis focal), pequeños (< 10%), medianos (10 a 30%) y masivos (> 30%). La duración del tiempo de isquemia, determina el grado de daño que se establezca, el tamaño del infarto y limitación del área del tamaño de miocardio isquémico potencialmente recuperable, una vez establecida la perfusión miocárdica. Cuando se restaura el flujo coronario no se observa perfusión miocárdica, esto se correlaciona estrechamente con la magnitud del infarto, con un peor pronóstico de los pacientes debido a un aumento en la frecuencia de complicaciones cardiovasculares de forma temprana, con un mayor número de días de estancia hospitalaria y aumento de la mortalidad.^{10,11}

En las últimas cuatro décadas se ha reconocido a la Rehabilitación Cardiovascular (RCV) como un instrumento en la prevención secundaria de eventos cardiovasculares. Definida como conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado integral de los pacientes con Enfermedad Cardiovascular, útil y efectiva especialmente en sujetos con enfermedad coronaria. De acuerdo con la OMS, la RCV es “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”¹²

Los programas de rehabilitación cardiovascular tienen tres fases.

La primera fase o intrahospitalaria: tiene una duración de 8 a 12 días, todos los pacientes con infarto agudo de miocardio o con revascularización que se encuentren en condición hemodinámica y eléctrica estable. Su objetivo principal es mantener el tono muscular, prevenir la hipotensión postural, disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda y ajustar psicológicamente al paciente y a su familia al evento en curso.

La segunda fase ambulatoria o post-hospitalaria: dura de 8 a 12 semanas. Se realiza entrenamiento físico, sesiones de carácter psicosocial y pautas para el control de factores de riesgo. El objetivo es lograr la actividad física independiente dentro y fuera de la casa, la readaptación familiar, social y ocupacional, y la independencia física y psíquica del individuo.

El entrenamiento físico incrementa la capacidad física, reduce la isquemia miocárdica, ayuda a controlar la angina de esfuerzo, mejora la función endotelial. Estos efectos inciden de forma muy positiva a nivel de calidad de vida y en el pronóstico de los pacientes. La actuación psicológica ayuda a disminuir la incidencia de trastornos emocionales: caracterizada por fenómenos progresivos de miedo a la muerte, ansiedad, depresión y sensación subjetiva de no tener futuro tras un IAM. Estas se presentan de forma frecuente y realizarlo tempranamente mejorará la calidad de vida del paciente. En algunas ocasiones estas reacciones psicológicas pueden ser peligrosas. El control de los factores de riesgo: la dislipidemia, el síndrome metabólico, el sobrepeso, la diabetes, la hipertensión arterial y la adicción al tabaco favorecen los resultados.

La tercera fase recuperación tardía: dura de 4 a 6 meses y puede durar por tiempo indefinido. No necesita supervisión directa de las sesiones de actividad física. El ejercicio es del tipo de resistencia. Se debe verificar el cumplimiento de los objetivos de control de los factores de riesgo y la adherencia al ejercicio regular y en que las intervenciones educativas de cambios de conducta y hábitos, de información sobre la enfermedad y tratamientos deben transmitirse, entenderse y evaluarse. ^{13,14}

En el HGZ 24 en la consulta externa de cardiología se atendieron un promedio de 81 de pacientes con diagnóstico de IAM de primera vez en el año 2015, cursando la parte final de la fase ambulatoria y tercera fase de rehabilitación cardiaca, y a su vez estas dos fases son las que se integra nuestra población de estudio.

El consenso de la Asociación Americana del Corazón, la Asociación Americana de Rehabilitación Cardiopulmonar y el Colegio Americano de Cardiología (AHA/AACVPR/ACC), menciona que un programa de RCV comprende el cuidado integral de pacientes, que consiste no solamente en ejercicios, también en la labor educativa a fin de lograr el control de los factores de riesgo mediante una modificación del estilo de vida y la adherencia a hábitos de vida saludables. Así la RCV llevará a un nivel funcional óptimo a los pacientes desde el punto de vista físico, mental y social por medio del cual pueda reintegrarse por sus propios medios a la vida familiar y profesional. Los objetivos de la prevención son reducir la morbimortalidad de sujetos con alto riesgo absoluto y ayudar a los que presentan

un riesgo bajo a mantenerse así, al objeto de que la población tienda a mantenerse saludable.^{12,14}

Existe influencia significativa de la duración de la RCV, con un descenso en la mortalidad del 19% posterior a 25 sesiones de RCV y un 47% de menos riesgo de muerte con la participación en 36 sesiones. Los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) con entrenamiento físico nos indican una reducción de la mortalidad total un 27% y la mortalidad cardiovascular un 31%; porque el ejercicio mejora la capacidad física, aumentando el consumo de oxígeno. Actuará sobre la aparición y progresión de la aterosclerosis, mediante el control de los factores de riesgo, mediante su efecto sobre el endotelio y sobre los factores de inflamación. En el sistema sanguíneo disminuirán la posibilidad de aterotrombosis. El entrenamiento va a producir un descenso en la demanda miocárdica de oxígeno al disminuir la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica. Para las adaptaciones a nivel muscular, el ejercicio habitual aumentará el número, tamaño y densidad de las mitocondrias de las fibras musculares entrenadas, incrementando su capacidad oxidativa.^{15, 16}

Un estudio realizado en pacientes que asistieron a programas de RCV, redujeron los eventos cardiovasculares en un 25% por cada incremento de un equivalente metabólico (METS) en la capacidad de ejercicio. Y en un metanálisis de 22 estudios en pacientes pos IAM, se observó una reducción de mortalidad total de 20%, mortalidad Cardiovascular 22% y en un IAM fatal del 25%. La actividad física intensa puede tener un mayor beneficio en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular que la de grado moderado. El riesgo de mortalidad cardiovascular es menor en los pacientes físicamente activos, con reducciones del 35%. Se observa una mejora en la capacidad funcional, con reincorporaciones al trabajo que triplican las conseguidas por los enfermos que no siguieron un PRC (el 85 frente al 30%).^{12, 13}

El apoyo psicológico es uno de los principales pilares de la RCV porque la incidencia de trastornos emocionales tras un IAM es muy frecuente, caracterizada por fenómenos progresivos de miedo a la muerte, ansiedad, depresión y sensación subjetiva de no tener futuro. Todo esto agregando la ausencia de apoyo social han sido considerados factores de riesgo de la cardiopatía isquémica y, en ocasiones, desencadenantes de muerte súbita por elevación del tono simpático que favorecería la aparición de arritmias ventriculares letales en un miocardio isquémico. Los programas de rehabilitación cardíaca con actuaciones de forma temprana a nivel psicológico han demostrado menor incidencia de estos trastornos (depresión, ansiedad y altos niveles de hostilidad), con aumento en la calidad de vida del paciente y disminución de isquemia por mejoría en la disfunción endotelial. Los resultados son mejores cuando el entrenamiento físico se realiza a altos niveles de

carga y se acompaña de sesiones de manejo del estrés.^{17,18}

La depresión como factor de riesgo de progresión de la cardiopatía isquémica se ha evidenciado como un importante elemento en la aparición de morbimortalidad postinfarto. Se encontró en un estudio que la depresión era un factor de riesgo de morbimortalidad después de controlar otros factores de riesgo. Los pacientes depresivos con Cardiopatía isquémica mueren 5 veces más que los no depresivos. En un metanálisis realizado que incluye estudios en un intervalo de 15 años observaron que el riesgo de muerte de pacientes con cardiopatía isquémica y síntomas depresivos, en los dos años después de padecer la cardiopatía isquémica, es dos veces más alta que en pacientes sin síntomas depresivos (OR: 2,24); si la depresión constituye un episodio depresivo completo, el riesgo es mayor (OR: 2,61). Consideran que un tercio de los pacientes coronarios no presentan los factores de riesgo clásicos y sí factores de riesgo psicológico: estrés crónico, conducta de tipo A, personalidad psicósomática, depresión y escaso apoyo social. En comparación con otro estudio se Observó que el 18 % de los pacientes con Cardiopatía isquémica padecen depresiones mayores, y el 27 % padecen depresiones menores. Se encontró que la prevalencia de depresión en Cardiopatía isquémica es tres veces más alta que en la población general.¹⁶

Se comparó la efectividad de 12 semanas de una terapia combinada de ejercicios domiciliarios y terapia cognitiva-conductual frente a una terapia de ejercicios. La intensidad de los síntomas depresivos se redujo en el grupo que realizó la terapia combinada. El tratamiento de la depresión postinfarto mejora la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS); más significativamente en el dominio mental que en el físico.¹⁹

En un metanálisis se concluyó que la actuación psico-educacional dentro de los PRC daba lugar a un descenso del 34% en la mortalidad y del 29% en reinfartos con un significativo efecto positivo ($p < 0,025$) sobre la tensión arterial, el sobrepeso, el control del tabaquismo, la práctica de ejercicio y los hábitos sanos de alimentación. La calidad de vida para los pacientes con IAM y apoyo social recibido por parte de los miembros de la familia y otras personas importantes en la vida del paciente han demostrado una asociación significativa con la capacidad funcional. Sin embargo, un apoyo concreto parece que se correlacionan con cambios positivos en la salud mental.²⁰

En un PRC con duración de más de 6 meses se comparó con uno de menos de 6 meses y cuando no realiza rehabilitación alguna. A los 9 meses de la finalización de los distintos programas, la CVRS era significativamente superior para los sujetos que realizaron algún tipo de RCV, independientemente de la duración y no se

encontraron diferencias significativas entre los PRC de menos o de más de 6 meses de duración.¹³

Los programas de rehabilitación cardiovascular benefician a los pacientes que sobreviven a un evento isquémico agudo, por el riesgo alto de padecer otro evento a corto plazo. El objetivo final de los PRC es aumentar la Calidad de vida (CV) en los pacientes con cardiopatía isquémica, disminuyendo sus complicaciones y mortalidad. El tener un conocimiento de la CV en los pacientes que han sufrido un IAM, nos ayuda a planificar futuros cuidados y forma parte de la predictiva de la respuesta a su tratamiento

La OMS define CV como la Auto-percepción de un individuo de su situación dentro del contexto cultural y de los valores en los que cree, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses vitales. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales así como la relación con los elementos esenciales de su entorno.²¹

Existen diferentes instrumentos para evaluar la CV, en pacientes con cardiopatía isquémica, con el fin de mejorar el pronóstico, reducir dependencia y fomentar Autonomía en los pacientes. Los instrumentos específicos examinan los múltiples aspectos de la CVRS relevantes de una enfermedad o grupo de enfermedades concreto, esto es lo que permite hacer aumentar la sensibilidad clínica y detectar las diferencias más pequeñas en ese grupo en aspectos de la CV determinados por efectos de una enfermedad concreta, en este caso de pacientes con enfermedad coronaria.²²

Entre los principales instrumentos específicos desarrollados para pacientes con enfermedad cardiovascular se encuentran:

El *Seattle Angina Questionnaire (SAQ)*. Es un instrumento específico diseñado para valorar el estado funcional y emocional de pacientes con angina de pecho y la percepción de su estado de salud. Contiene diecinueve preguntas que cuantifican cinco dimensiones clínicamente relevantes: frecuencia de angina, estabilidad de la angina, limitación física, calidad de vida y satisfacción del tratamiento relacionado con la angina. El patrón de respuestas tipo liker de 6 puntos, los puntajes van de 19 a 108 y a mayor puntaje mejor CV. La limitación física ocasionada por la cardiopatía se clasifica en severa si el puntaje va de 0 a 24 puntos, moderada de 25 a 49 puntos, poco limitada en un puntaje de 50 a 74 puntos y limitación mínima de 75 a 100 puntos. Cada dominio se ha validado independientemente demostrando para ser tanto confiable y cambios sensibles a la clínica. Por otra parte, varios estudios

muestran que el cuestionario se correlaciona bien con las variables como la edad y género que influyen en la enfermedad coronaria tipo Angina ²³

El *Quality of Life-Cardiac Versión I (QLI)* fue inicialmente diseñado para uso en pacientes en diálisis; se adaptó para pacientes con enfermedad cardiovascular. El cuestionario más reciente es el *QLI-Cardiac* versión III, que contiene 72 ítems y cuatro dimensiones. Estos ítems están divididos en dos partes iguales: la primera mide la satisfacción del paciente con varias dimensiones de la vida, y la segunda, la importancia de esas dimensiones para el paciente. Las puntuaciones de la primera parte son ponderadas por las respuestas de la segunda. Cuenta con una consistencia interna por alfa de Cronbach que va desde 0.73 a 0.99. Con varianza total del 91%. Tiene baja sensibilidad para medir CV en pacientes que han participado en RCV. ²⁴

El Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ), desarrollado en Francia, es otro instrumento específico utilizado para pacientes con enfermedad cardíaca. Comprende 22 ítems agrupados en 4 dominios: actividad física, síntomas somáticos, estrés emocional y satisfacción de vida. Tiene buenas propiedades psicométricas para propósitos discriminantes, pero se necesitan más trabajos para examinar su sensibilidad y fiabilidad. ²⁵

El *Cuestionario de Velasco-del Barrio* consta de nueve áreas temáticas: salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación, tiempo de ocio y trabajo, con un total de 44 ítems. Tiene una validez alta, pues su reproducibilidad es de 0,75 y su fiabilidad es de 0,90. Se comprobó su validez tomando como patrón el QLMI y su reproducibilidad y fiabilidad permitió afirmar que su utilidad era como mínimo, similar a la del cuestionario patrón. ²⁶

El primer cuestionario específico de calidad de vida postinfarto de miocardio el Quality of Life After Myocardial Infarction (QLMI) de Olbridge, consta de 26 ítems que lo componen están agrupados en 5 dominios. La versión original fue diseñada y desarrollada para evaluar la efectividad de un PRC puede ser aplicado a pacientes con infarto de miocardio con intervención coronaria percutánea y sin ella, pacientes con angina de pecho estable con intervención coronaria percutánea y sin ella. Recientemente se ha desarrollado una versión mejorada del instrumento con 27 ítems y tres dimensiones: física, social y emocional. El *MacNew Heart Disease Questionnaire* (también conocido como el QLMI-2) diseñado para evaluar cómo las actividades diarias, las funciones físicas, sociales y emocionales, que son afectadas por infarto de miocardio. ^{27, 28}

Este instrumento se convierte en el único instrumento mundial específico para medir la CV 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 determinar la calidad de vida del paciente asistente al programa de rehabilitación cardiaca fase II. De este modo, el MacNew QLMI-2 ha demostrado tener con sus tres dimensiones (física, social y emocional) de CV una alta consistencia interna en puntos de medición; por consiguiente, es el único específico para medir la CV y fiable que permite comparar pacientes cardiovasculares con diferentes presentaciones y síntomas de su enfermedad. Cuenta con una medición de confiabilidad, con un α Cronbach de $>0,8$ para todas sus dimensiones. La correlación en el componente físico fue de 0.72, emocional 0.78, componente social 0.58. La Reproducibilidad se evaluó a través de la correlación intraclase y del doble test quedando por encima de 0,90. Ha demostrado tener con sus tres dimensiones una alta consistencia interna.^{29,30}

El instrumento MacNew QLMI-2 consiste en 27 ítems que recaen en tres Dominios. En su 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. Adicionalmente, es fácil de manejar y, por lo tanto, adecuado para el uso rutinario en un entorno clínico. Las preguntas se responden mediante una escala de Likert con siete opciones de respuesta desde uno, que representa la peor situación, hasta siete, que representa la mejor. Para puntuar cada dimensión la media se obtiene de la puntuación de todos sus ítems. Dentro de los rangos de la CV se consideran como mínimo 27 puntos como una mala calidad de vida y máximo 189 puntos como una excelente calidad de vida.^{22,31}

Actualmente la prevención secundaria en la enfermedad cardiaca isquémica es un pilar fundamental para lograr disminuir la morbilidad, la mortalidad y el desarrollo de un nuevo evento, que se enfoca individualmente evaluando en primer lugar el riesgo. La intervención temprana por medio de PRC en los pacientes con enfermedad cardiaca isquémica aguda ha demostrado beneficios importantes en la recuperación temprana de la funcionalidad del paciente, principalmente en los pacientes con alto o moderado riesgo de un nuevo evento y de esta manera se aumenta la CV en este grupo de pacientes.^{32,33}

Con el uso de cuestionarios se pretende conocer la CV de los pacientes después de IAM, para actuar sobre el origen de sus problemas y así mejorar su CV. Por lo tanto la selección más adecuada del instrumento será la de aquél lo suficientemente sensible para detectar las percepciones, necesidades y contexto.

Se elaboró una versión española del cuestionario MacNew QLMI para los pacientes que han presentado un infarto de miocardio en situación estable aplicando a 50 pacientes. Los coeficientes de correlación intraclase fueron de 0,83, 0,87 y 0,83, y las alfas de Cronbach de 0,85, 0,88 y 0,83 para las tres dimensiones: emocional, física y social, respectivamente. La versión española del cuestionario MacNew QLMI presenta una buena equivalencia con la versión original, buena consistencia interna y buena reproducibilidad, de modo que puede utilizarse en la población española para estudiar su validez.³⁴ Algunos autores en un estudio muestran las evidencias que apoyaron las propiedades de medición del instrumento MacNew de CVRS para enfermedades cardíacas en las diferentes versiones del MacNew: holandés, inglés, farsi, alemán y español. Con una consistencia interna para los tres dominios en la versión en inglés del MacNew de 0.93 a 0.95 y de 0.75 a 0.97 en las versiones en holandés, Farsi, alemán y español. La correlación intraclase comprende de 73-95 en las versiones internacionales. En general el MacNew es confiable y existe evidencia de la consistencia interna para cada una de las dimensiones en la versión en inglés, al menos doce estudios clínicos experimentales a más de 5.200 pacientes con enfermedad cardíaca, incluidos países latinoamericanos.³¹

Se realizó en estudio Cuasi experimental: pre-test y post-test para determinar el impacto del programa en la CV mediante el instrumento MacNew a 23 pacientes en el PRC durante 3 meses se aplicó la prueba t de Student, para una significación estadística $p < 0.05$. Observó que existían diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de funcionamiento social ($t = -2.114$; $p = .04$) y funcionamiento emocional ($t = -2.852$; $p = .007$).³⁵

En un estudio de 159 pacientes con infarto de miocardio completaron las propiedades psicométricas de la Versión Brasileña del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionado con la Salud de la Enfermedad Cardíaca de MacNew. La fiabilidad se determinó con el coeficiente alfa de Cronbach de forma global fue 0,87. La versión brasileña del cuestionario MacNew tiene niveles aceptables de validez, confiabilidad y practicidad.³⁶

Algunos autores compararon en un estudio el efecto de diferentes intensidades de ejercicio aerobio sobre la capacidad funcional (VO_2 pico) y la CV de pacientes con postinfarto agudo de miocardio mediante el cuestionario MacNew realizado. En una población de 87 personas. Entrenamiento físico de alta intensidad ($n = 29$), de intensidad moderada ($n = 29$), y el grupo control ($n = 29$), que recibió seguimiento clínico. La ANOVA two-way reveló incremento del VO_2 pico significativo ($p < 0,05$) en el grupo de alta intensidad en relación con el grupo de moderada intensidad. Ambos grupos de ejercicio aumentaron significativamente con relación al grupo control. La CV tuvo mejora significativa ($p < 0,05$) en el grupo de alta intensidad (5,66

para 6,80) y de moderada intensidad (5,38 para 6,72), sin embargo no en el grupo control (5,30 para 5,15).³⁷

Se realizó una revisión de evaluación de la CV después del Síndrome coronario agudo que fue evaluada en población brasileña atendida en pacientes ambulatorios de cardiología o programas de rehabilitación de hospitales universitarios, aplicando el instrumento MacNew QLMI en una población de 98 pacientes con IAM en un lapso posterior a su evento de 3 a 18 meses con resultados en su consistencia interna (α -Cronbach) fue $>0,8$ para todas las dimensiones. La reproductibilidad se evaluó exclusivamente a través de la correlación intra-clase y del doble test con resultados variando de 0,77 a 0,93, Esos resultados se parecen con lo que fue observado en otros países.³⁸

En un estudio se validó el Cuestionario MacNew en pacientes canadienses y estadounidenses administrando el cuestionario a 276 pacientes con angina y 155 con insuficiencia cardíaca isquémica. La puntuación global media \pm SD MacNew en pacientes con insuficiencia cardíaca isquémica ($5,1 \pm 1,2$) y estadísticamente ($P < 0,001$), en pacientes con angina ($5,3 \pm 1,1$). El modelo de medición de tres factores explicó el 46,1% de la varianza observada en el MacNew en pacientes con angina y el 46,5% en pacientes con insuficiencia cardíaca isquémica. La consistencia interna fue $\geq 0,90$, y la fiabilidad test-retest fue $\geq 0,70$ para cada escala del cuestionario. El MacNew fue altamente aceptado, la versión en inglés es confiable y válida en pacientes con angina o insuficiencia cardíaca isquémica.³⁹

Autores realizaron la validación del Cuestionario MacNew en población francesa, en pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica (angina $n = 76$, infarto de miocardio [IM] $n = 155$, insuficiencia cardíaca, $n = 91$; con edad media $58,6 \pm 11,3$ años). Las puntuaciones medias de escala global de MacNew fueron $4,6 \pm 0,8$, $5,0 \pm 1,0$ y $4,8 \pm 0,9$ en pacientes con angina, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca, respectivamente ($P < 0,05$, IM versus angina). La Confiabilidad de consistencia interna (α -Cronbach) osciló entre 0,86 y 0,94 y la fiabilidad test-retest varió de 0,68 a 0,73. Por lo que se recomienda la versión francesa del cuestionario MacNew para evaluar Calidad de vida relacionada con la salud.⁴⁰

Se realizó la validación de la versión de MacNew en los países escandinavos Noruega, Dinamarca y Suecia; cada versión lingüística de los criterios de confiabilidad de MacNew satisface con los valores α -Cronbach para los datos totales del grupo (0.90-0.94), así como los datos del grupo de diagnóstico (0.91–0.96).⁴¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad Cardiovascular es una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial. A nivel nacional ocupando el segundo lugar la Enfermedad isquémica del Corazón con una tasa de mortalidad del 5.7 por cada 1,000 habitantes.

Para la unidad de medicina familiar 20 se reportó en el año 2015 en el Diagnostico de Salud como segunda causa de mortalidad de IAM con 56 defunciones correspondiendo a una tasa de 41.8 por cada 100,000 Derechohabientes.

Desafortunadamente se ha visto que el Infarto Agudo al miocardio limita la funcionalidad y posibilidad de vida, por eso es importante disminuir sus complicaciones y recurrencias para un nuevo infarto. Estas enfermedades se vuelven un reto, no solo por la magnitud que han alcanzado sino por la complejidad que representan para su atención y prevención, así como un alto costo en atención a sus complicaciones.

Se realizó un estudio longitudinal de pacientes con cardiopatía isquémica aguda en Brasil durante el 2010, en el cual midieron la CV en sus 3 dominios: emocional, físico y social. Presentando estos pacientes una disminución de CV en aquellos que presentaron un nuevo infarto en comparación con los que tuvieron solo un IAM, con una estadística significativa en los 3 dominios. En pacientes con IAM donde se utilizó el instrumento Mac-New (que mide los 3 dominios de CV estado físico, mental y social) en el momento de alta hospitalaria, se observó que una CVRS baja se relaciona con mayor índice de muerte o reingreso hospitalario.

Fue necesario realizar esta investigación en nuestra unidad porque no se cuentan con registros actuales de CV de estos dominios en pacientes con IAM, por lo cual en nuestro estudio nos preguntamos lo siguiente:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes al Sufrir un evento de Infarto Agudo al Miocardio en el HGZ 24 del IMSS?

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna:

Ha: La Calidad de Vida posterior a Sufrir un evento de infarto agudo de miocardio es Regular a Buena.

Hipótesis nula:

Ho: La Calidad de Vida posterior a Sufrir un evento de infarto agudo de miocardio es Mala.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la calidad de vida en pacientes al sufrir un evento de infarto agudo al miocardio en el HGZ 24 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Identificar las características sociodemográficas de paciente con IAM (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, comorbilidades)

-Establecer la calidad de vida en su componente de salud física, a través del instrumento MacNew QLMI posterior a un evento de IAM en pacientes derechohabientes del IMSS del HGZ 24.

-Establecer la calidad de vida en su componente de salud social, a través del instrumento MacNew QLM posterior a un evento de IAM en pacientes derechohabientes del IMSS del HGZ 24.

-Establecer la calidad de vida en su componente de salud emocional, a través del instrumento MacNew QLM posterior a un evento de IAM en pacientes derechohabientes del IMSS del HGZ 24.

- Identificar qué factores se relacionan en la Calidad de vida en pacientes derechohabientes del IMSS del HGZ 24, que han sufrido un IAM.

-Conocer si se llevó acabo o no su rehabilitación cardiovascular en pacientes derechohabientes del IMSS del HGZ 24 que han sufrido un IAM.

MATERIAL Y MÉTODOS

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO: El presente estudio se realizó en el Hospital General de Zona No 24; donde se brinda atención médica de segundo nivel a derechohabientes del IMSS, correspondiente a la Delegación 1 Norte del D.F., ubicado en Av. Insurgentes Norte 1322, Colonia Magdalena de las Salinas C.P. 07760, Delegación Gustavo A. Madero. Ciudad de México

DISEÑO DEL ESTUDIO: Se trató de un estudio observacional, transversal, prospectivo, analítico.

- a) Según la intervención del investigador: Observacional
- b) Según el tiempo de estudio: Transversal
- c) Según la secuencia temporal: Prospectivo
- d) Búsqueda de causalidad: analítico

GRUPOS DE ESTUDIO:

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO: Esta investigación fue dirigida a 50 derechohabientes del IMSS del HGZ 24 de la consulta externa de la especialidad de cardiología ambos sexos de 50 a 80 años de edad, con diagnóstico de Cardiopatía isquémica de Diciembre 2016 – Mayo 2017.

I.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Pacientes derechohabientes del HGZ 24 IMSS, ambos sexos con edades comprendidas entre los 50 a 80 años de edad.
- b) Pacientes que presentaron un primer evento de IAM, con un mínimo de 2 meses hasta un máximo de 12 meses.
- c) Pacientes que aceptaron participar en el estudio por medio del consentimiento informado.

2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a) Pacientes que no desearon participar.
- b) Pacientes que tuvieron más de un evento de IAM.
- c) Pacientes con tiempo transcurrido a su IAM mayor de 12 meses.
- d) Pacientes psiquiátricos, con alguna patología física o emocional que no permitiera contestar la encuesta.

3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a) Pacientes que no contestaron el cuestionario completo.
- b) Pacientes que no finalizaron la encuesta.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tomando en cuenta el número de pacientes de ARIMAC en el año 2015, el número de pacientes atendidos en el HGZ 24 del IMSS. Se utilizó la fórmula tamaño de una muestra para una proporción por Talavera, que es la siguiente:

$$n = \frac{z_{\alpha} \times P_0 \times q_0}{d^2}$$

42

n= tamaño de la muestra

Z α = intervalo de confianza

P=prevalencia

q = contraparte de proporción de observaciones

d= precisión

$$n = \frac{1.96 \times 0.16 \times 0.84}{(0.08)^2}$$

$$n = \frac{0.2634}{0.0064}$$

$$n = 41.16$$

Más 20% de perdidas = 49.36

$$n = 50$$

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE DE INTERÉS: **Calidad de vida:**

Definición conceptual: La Auto-percepción de un individuo de su situación dentro del contexto cultural y de los valores en los que cree, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses vitales.

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario Mc New QLMI (ver Anexo 2) consta de 27 ítems. Que mide 3 dominios: Dominio Físico (13 ítems), Dominio Social (13 ítems) y Dominio Emocional (14 ítems).

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: ordinal

Unidad de medición: Buena Calidad de Vida=1. Regular Calidad de vida=2
Mala Calidad de Vida=3

VARIABLES DESCRIPTORAS:

Sexo:

Definición conceptual: Condición orgánica, fisiológica y anatómica que se distingue al macho de la hembra.

Definición operacional: A través del cuestionario (ver Anexo 2) se preguntó y se registró el sexo de los participantes.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: Hombre=1 Mujer=2

Edad:

Definición conceptual: Tiempo en años que tiene una persona desde su nacimiento.

Definición operacional: A través del cuestionario (ver Anexo 2) se preguntó y se registró la edad cumplida en años.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: De razón

Unidad de medición: Edad cumplida en años y meses.

Estado Civil:

Definición conceptual: La relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de la misma.

Definición operacional: A través del cuestionario (ver Anexo 2) se preguntó y se registró el estado civil.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: Soltero=1 Casado=2 Unión libre=3 Divorciado=4 Viudo=5

Escolaridad:

Definición conceptual: Grado escolar hasta el cual un alumno cursa en la escuela.

Definición operacional: A través del cuestionario (ver Anexo 2) se preguntó y se registró la escolaridad de los participantes.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: ordinal

Unidad de medición: analfabeta=1 Sabe leer y escribir=2 Primaria=3 Secundaria=4 Preparatoria=5 Licenciatura=6 Posgrado=7

Ocupación:

Definición conceptual: El trabajo, actividad o función que desempeña la persona para subsistir.

Definición operacional: A través del cuestionario (ver Anexo 2) se preguntó y se registró la ocupación de los participantes.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: Desempleado=1 Comerciante=2 Empleado=3 Profesionista=4 Pensionado=5 Otro =6

Comorbilidades:

Definición conceptual: La coexistencia en el individuo de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad primaria.

Definición operacional: A través del cuestionario (ver Anexo 2) se preguntó y se registró si existe en el paciente alguna enfermedad diferente a cardiopatía isquémica.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: dislipidemia= 1 Diabetes mellitus=2 Hipertensión arterial=3 Obesidad=4

Rehabilitación Cardiovascular:

Definición conceptual: 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.

Definición operacional: A través del cuestionario (ver Anexo 2) se preguntó y se registró si el paciente que ha presentado un evento de infarto agudo al miocardio mayor a 2 meses y menor 12 meses, ha recibido Rehabilitación Cardiovascular.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: Sin Rehabilitación Cardiovascular= 1 Con Rehabilitación Cardiovascular=2

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, analítico a pacientes derechohabientes del IMSS con diagnóstico de cardiopatía isquémica de primera vez, que sufrieron un primer evento de infarto agudo al miocardio en un tiempo comprendido mayor a 2 meses hasta 12 meses posteriores a su evento, que acudieron a la consulta externa de cardiología en los meses de Diciembre 2016 a Mayo 2017 en el HGZ 24.

Con el apoyo del coordinador clínico de educación e investigación en salud de la UMF20 y del coordinador clínico de educación e investigación en salud del HGZ 24, mediante un oficio escrito para la realización del estudio. En la sala de espera de consulta externa se les informó a los pacientes en qué consistía el estudio, a los pacientes que decidieron participar se les dio a firmar el consentimiento informado, seguido del llenado de datos generales y posteriormente la auto aplicación del cuestionario Mc-New QLMI el cual medimos la calidad de vida en pacientes al sufrir un infarto agudo al miocardio. Al término de la encuesta se les solicitó a los pacientes que expresen si tuvieron alguna duda Y en caso de que requirieron información detallada del estudio se proporcionaría previo a solicitud, cita y de manera personal se les otorgaría.

El cuestionario Mc-New QLMI es un cuestionario que consta de 27 ítems, correspondientes a sus 3 dominios: emocional (7), físico (5), social (2) y reagrupándose en: emocional-físico (2), emocional-social (4), emocional-físico-social (1), físico-social (6). Con una calificación de cada ítems del 1 al 7. Donde 1 corresponde a mala calidad de vida y 7 como máximo, correspondiente a buena calidad de vida. Con un puntaje total de 27-80 puntos como mala calidad de vida, 81-134 puntos: regular calidad de vida, 135-189 puntos: buena calidad de vida y Posteriormente se evaluó cada dominio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó las medidas de tendencia central: media, mediana y moda; para variables cuantitativas. Frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para la correlación sobre la calidad de vida reportada en el Instrumento Mc-New QLMI mediante la técnica ANOVA y para reafirmar la significancia estadística con Levene.

Se utilizó software Excel para cuadros y para análisis estadístico en el programa SPSS versión 22.

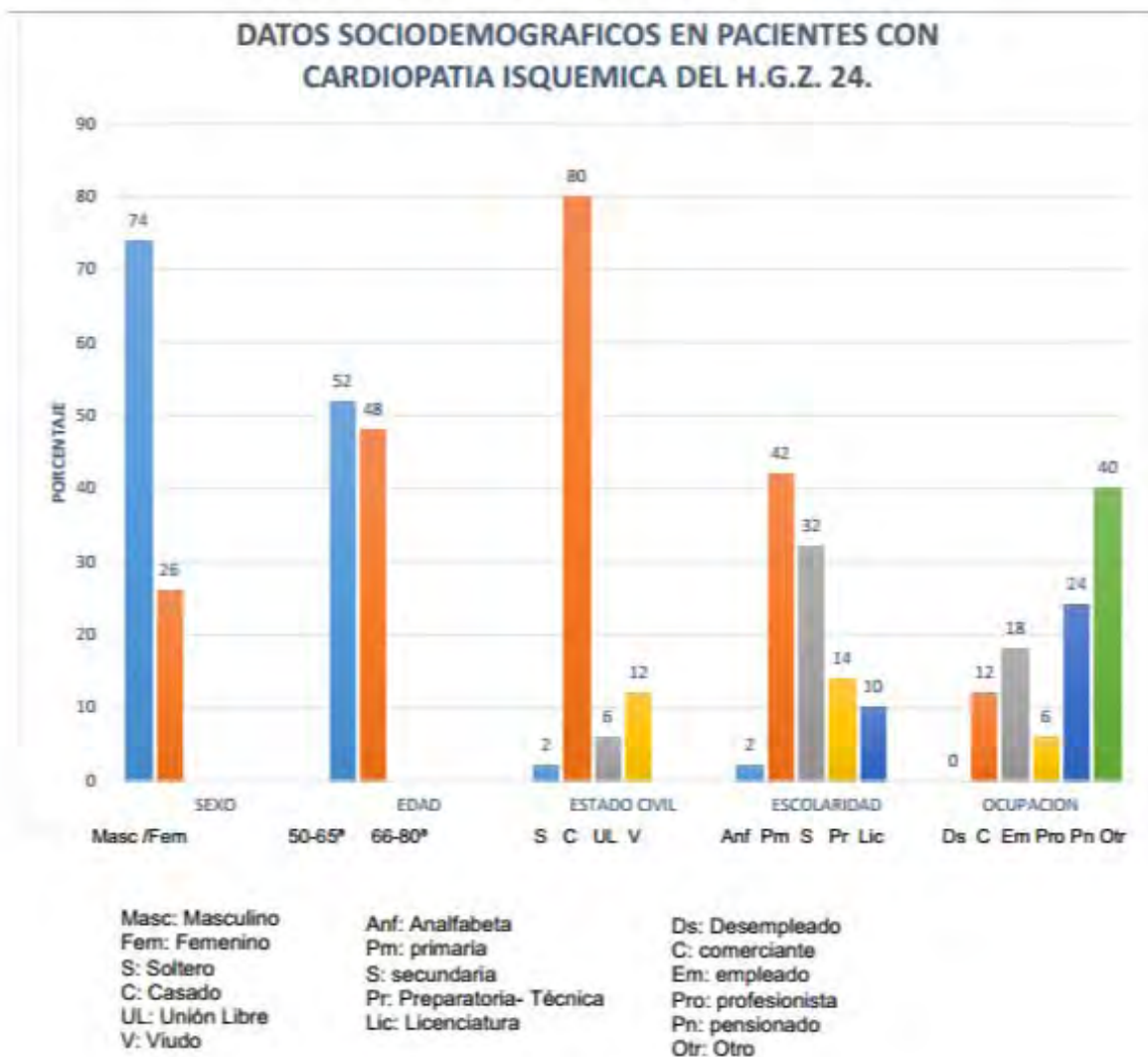
RESULTADOS

Se entrevistaron 50 pacientes, de sexo masculino 74%(n=37), media de edad de 65.4±8.4 años, rango de 50-80 años, predominando más de 50-65 años 52% (n=26); casados en el 80%(n=40); primaria 42% (n=21); con diferentes ocupaciones 40%(n=20). (Ver Tabla 1, Gráfica 1).

TABLA 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24.

VARIABLE	N=50	PORCENTAJE
SEXO		
masculino	37	74.0
femenino	13	26.0
EDAD		
50-65	26	52
66-80	24	48
ESTADO CIVIL		
soltero	1	2.0
casado	40	80.0
Unión Libre	3	6.0
Viudo	6	12.0
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	1	2.0
Primaria	21	42.0
Secundaria	16	32.0
Preparatoria-Técnica	7	14.0
Licenciatura	5	10.0
OCUPACION		
Comerciante	6	12.0
Empleado	9	18.0
Profesionista	3	6.0
Pensionado	12	24.0
Otro	20	40.0

GRAFICA 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24.

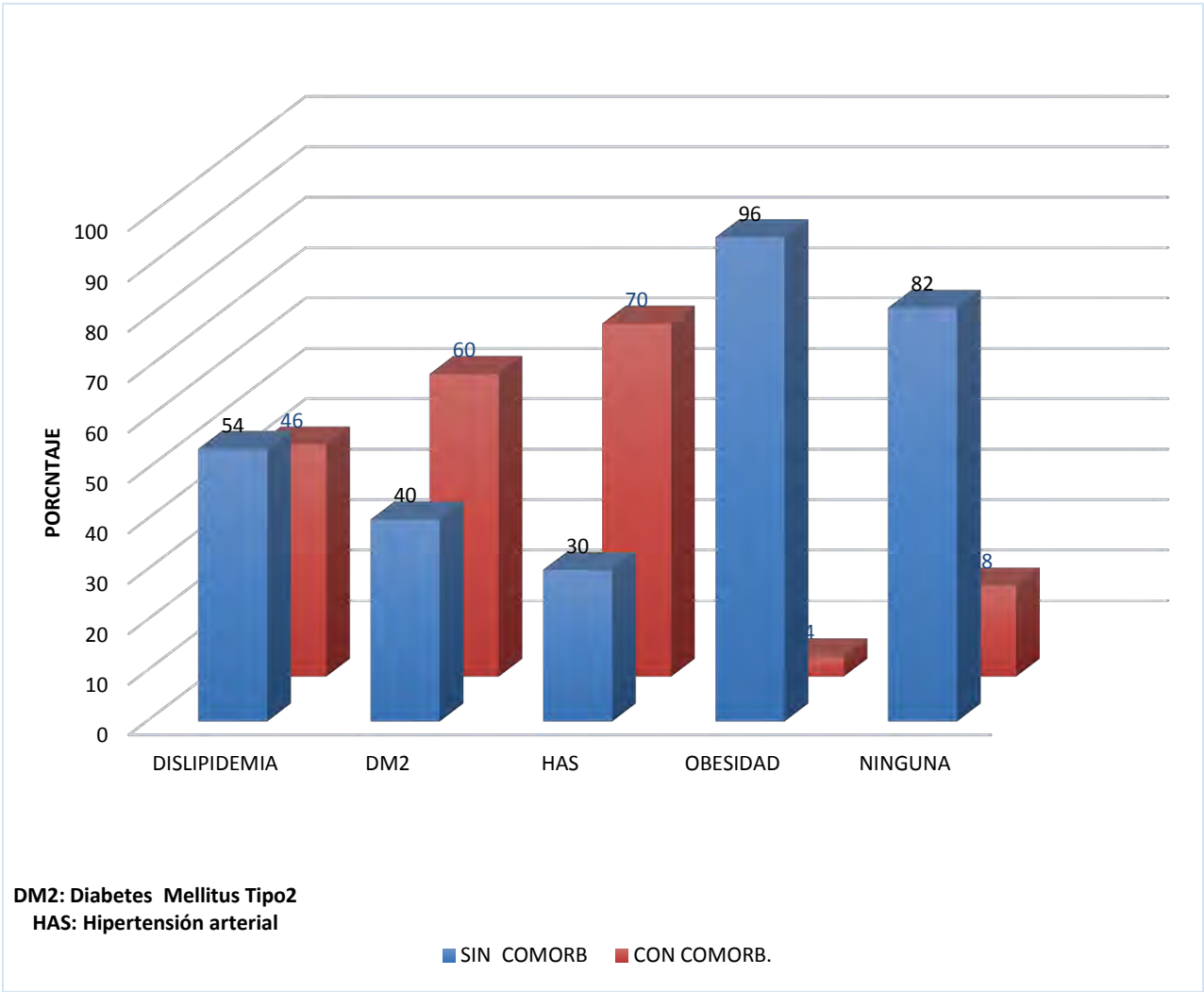


Presencia de comorbilidad 82%(41); con dislipidemia 46% (n=23); Hipertensión Arterial 70%(35) y diabetes mellitus 60% (30), sin obesidad 96% (48); recibieron Rehabilitación Cardiaca 70% (n=35). (Ver Tabla 2, Gráfica 2 y 3).

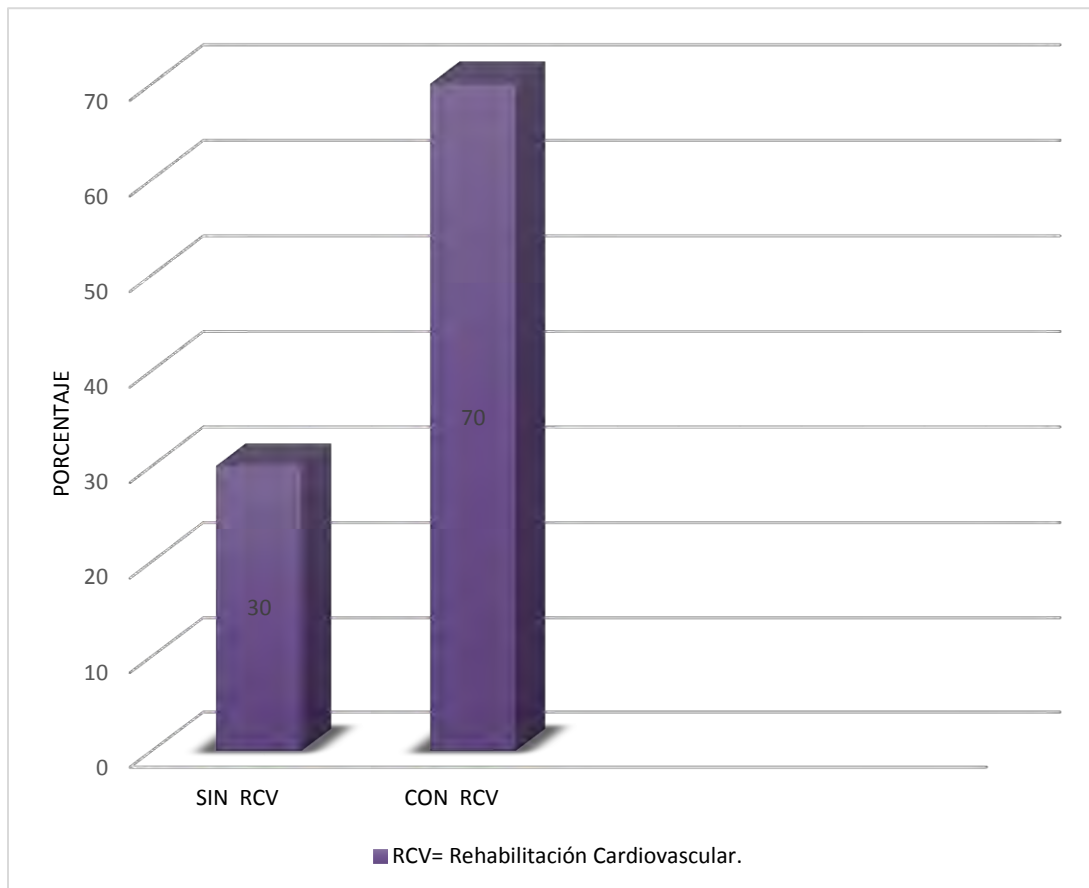
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24.

VARIABLE	N=50	PORCENTAJE
COMORBILIDAD		
Si	41	82.0
No	9	18.0
TIPO DE COMORBILIDAD		
Dislipidemia		
No	27	54.0
Si	23	46.0
Diabetes mellitus		
No	20	40.0
Si	30	60.0
Hipertensión arterial		
No	15	30.0
Si	35	70.0
Obesidad		
No	48	96.0
Si	2	4.0
REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR (RCV)		
Sin RCV	15	30.0
Con RCV	35	70.0

GRAFICA 2: FRECUENCIA DE LAS COMORBILIDADES PRESENTES DE LOS DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24 DEL IMSS.



GRAFICA 3: FRECUENCIA EN LOS DERECHOHABIENTES QUE LLEVARON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR (RCV) POSTERIOR A SU INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DEL H.G.Z. 24 DEL IMSS.

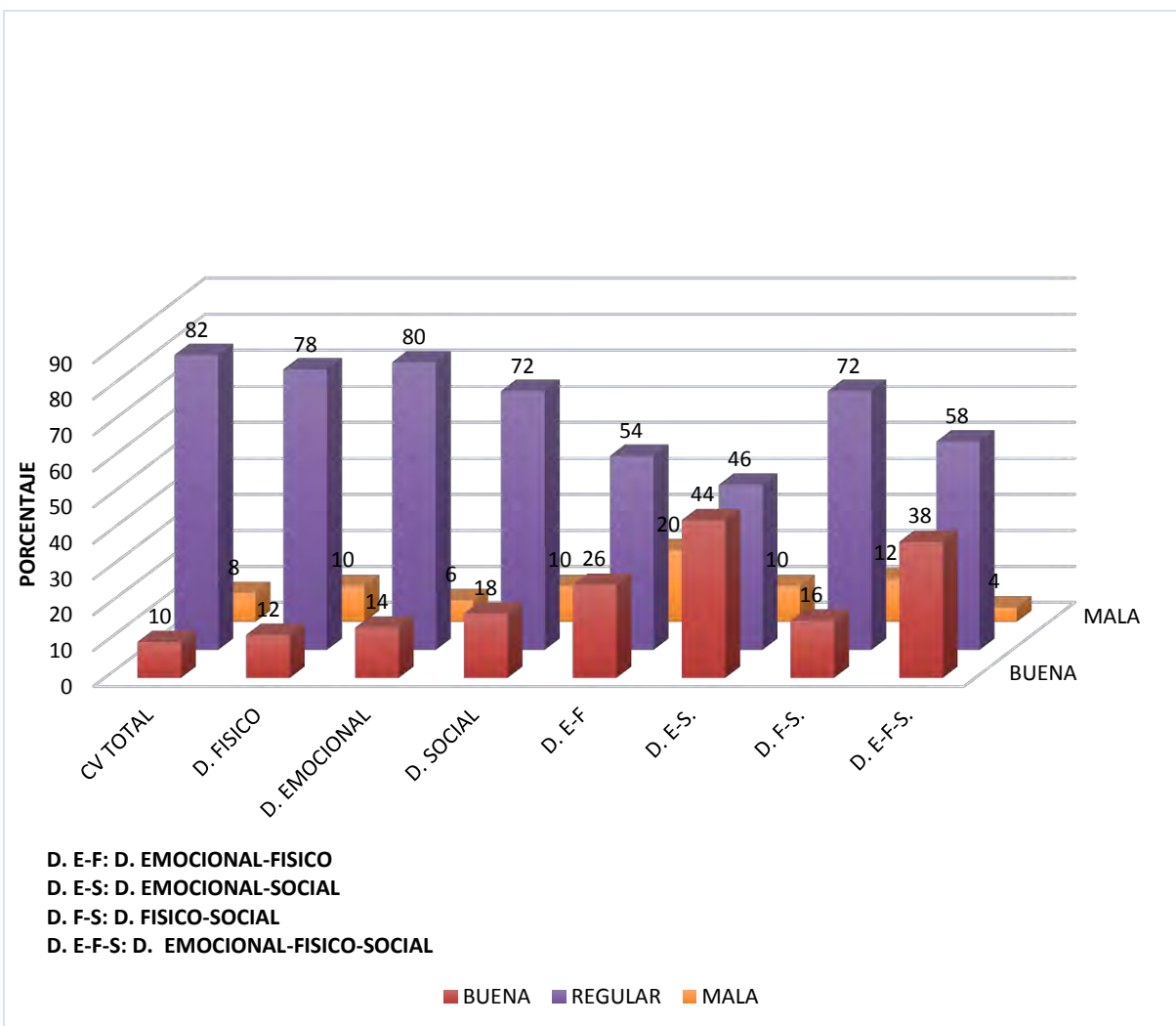


Se percibió una Calidad de Vida (CV) Total Regular en un 82%(n=41); en los diferentes dominios o áreas de CV en todos fue regular: físico 78% (n=39); emocional 80% (n=40); social 72% (n=36); en lo emocional-físico 54%(n=27); emocional-social 46% (n=23); físico-social 72% (n=36) y emocional-físico-social 58% (n=29). (Ver Tabla 3 y Gráfica 4).

TABLA 3. FRECUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (CV) TOTAL Y SUS DOMINIOS EN DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24.

CALIDAD DE VIDA (CV)	N=50	PORCENTAJE
CV TOTAL		
Buena	5	10.0
Regular	41	82.0
Mala	4	8.0
CV FÍSICO		
Buena	6	12.0
Regular	39	78.0
Mala	5	10.0
CV EMOCIONAL		
Buena	7	14.0
Regular	40	80.0
Mala	3	6.0
CV SOCIAL		
Buena	9	18.0
Regular	36	72.0
Mala	5	10.0
CV. EMOCIONAL-FÍSICO		
Buena	13	26.0
Regular	27	54.0
Mala	10	20.0
CV. EMOCIONAL-SOCIAL		
Buena	22	44.0
Regular	23	46.0
Mala	5	10.0
CV FÍSICO-SOCIAL		
Buena	8	16.0
Regular	36	72.0
Mala	6	12.0
CV EMOCIONAL-FÍSICO-SOCIAL.		
Buena	19	38.0
Regular	29	58.0
Mala	2	4.0

GRAFICA 4: FRECUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (CV) TOTAL Y SUS DOMINIOS EN DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24.



Para la frecuencia de Calidad de Vida (CV) Total y en sus diferentes dominios por Sexo, Edad y Rehabilitación Cardiovascular (RCV) predominó una Regular Calidad de Vida Total así como en la mayoría de los dominios de CV excepto en el Dominio Emocional-Social donde se percibe Buena Calidad de Vida para Sexo, Edad y RCV. Se obtiene para Sexo una mayor frecuencia en sexo masculino con una CV Total de 78.0% (n=32), dominio físico 79.5% (n=31), dominio emocional 75.0% (n=30), dominio social 75.0%(n=27), dominio emocional-físico 81.5% (n=22), dominio emocional-social 95.5% (n=21), dominio físico-social 77.8%(n=28), dominio emocional-físico-social 65.5% (n=19); en cuanto a Edad se perciben pacientes con mayor frecuencia entre los 50 a 65 años de edad con CV Total 61.0%(n=25), dominio físico 61.5%(n=24), dominio emocional 57.5%(n=23), dominio social 58.3%(n=21), dominio emocional-físico 59.3%(n=16), dominio emocional-social 63.6%(n=14), dominio físico-social 63.9%(n=23), dominio emocional-físico-social 62.1%(n=18); en lo que se refiere a RCV tiene una mayor frecuencia a los pacientes que si han realizado un programa de RCV, con una CV Total 73.2%(n=30), dominio físico 74.4%(n=29), dominio emocional 67.5%(n=27), dominio social 77.8%(n=28), dominio emocional-físico 81.5%(n=22), dominio emocional-social 86.4%(n=19), dominio físico-social 77.8%(n=28), dominio emocional-físico-social 65.5%(n=19). (Ver Tabla 4).

TABLA 4. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (CV) TOTAL DE ACUERDO AL SEXO, EDAD Y REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR (RCV) EN DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24.

CALIDAD DE VIDA (CV)	SEXO				EDAD				RCV			
	MASCULINO		FEMENINO		50-65 años		66-80 años		SIN RCV		CON RCV	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CV TOTAL												
Buena	5	100.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0	2	40.0	3	60.0
Regular	32	78.0	9	22.0	25	61.0	16	39.0	11	26.8	30	73.2
Mala	0	0.0	4	100.0	1	25.0	3	75.0	2	50.0	2	50.0
CV FÍSICO												
Buena	6	100.0	0	0.0	1	16.7	5	83.3	2	33.3	4	66.7
Regular	31	79.5	8	20.5	24	61.5	15	38.5	10	25.6	29	74.4
Mala	0	0.0	5	100.0	1	20.0	4	80.0	3	60.0	2	40.0
CV. EMOCIONAL												
Buena	7	100.0	0	0.0	2	28.6	5	71.4	1	14.3	6	85.7
Regular	30	75.0	10	25.0	23	57.5	17	42.5	13	32.5	27	67.5
Mala	0	0.0	3	100.0	1	33.3	2	66.7	1	33.3	2	66.7
CV. SOCIAL												
Buena	9	100.0	0	0.0	4	44.4	5	55.6	4	44.4	5	55.6
Regular	27	75.0	9	25.0	21	58.3	15	41.7	8	22.2	28	77.8
Mala	1	20.0	4	80.0	1	20.0	4	80.0	3	60.0	2	40.0
CV. EMOCIONAL-FÍSICO												
Buena	11	84.6	2	15.4	7	53.8	5	46.2	4	30.8	9	69.2
Regular	22	81.5	5	18.5	16	59.3	11	40.7	5	18.5	22	81.5
Mala	4	40.0	6	60.0	3	30.0	7	70.0	6	60.0	4	40.0
CV. EMOCIONAL-SOCIAL												
Buena	21	95.5	1	4.5	14	63.6	8	36.4	3	13.6	19	86.4
Regular	15	65.2	8	34.8	11	47.8	12	52.2	10	43.5	13	56.5
Mala	1	20.0	4	80.0	1	20.0	4	80.0	2	40.0	3	60.0
CV FÍSICO-SOCIAL												
Buena	8	100.0	0	0.0	2	25.0	6	75.0	3	37.5	5	62.5
Regular	28	77.8	8	22.2	23	63.9	13	36.1	8	22.2	28	77.8
Mala	1	16.7	5	83.3	1	16.7	5	83.3	4	66.7	2	33.3
CV EMOCIONAL-FÍSICO-SOCIAL												
Buena	18	94.7	1	5.3	8	42.1	11	57.9	5	26.3	14	73.7
Regular	19	65.5	10	34.5	18	62.1	11	37.9	10	34.5	19	65.5
Mala	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0

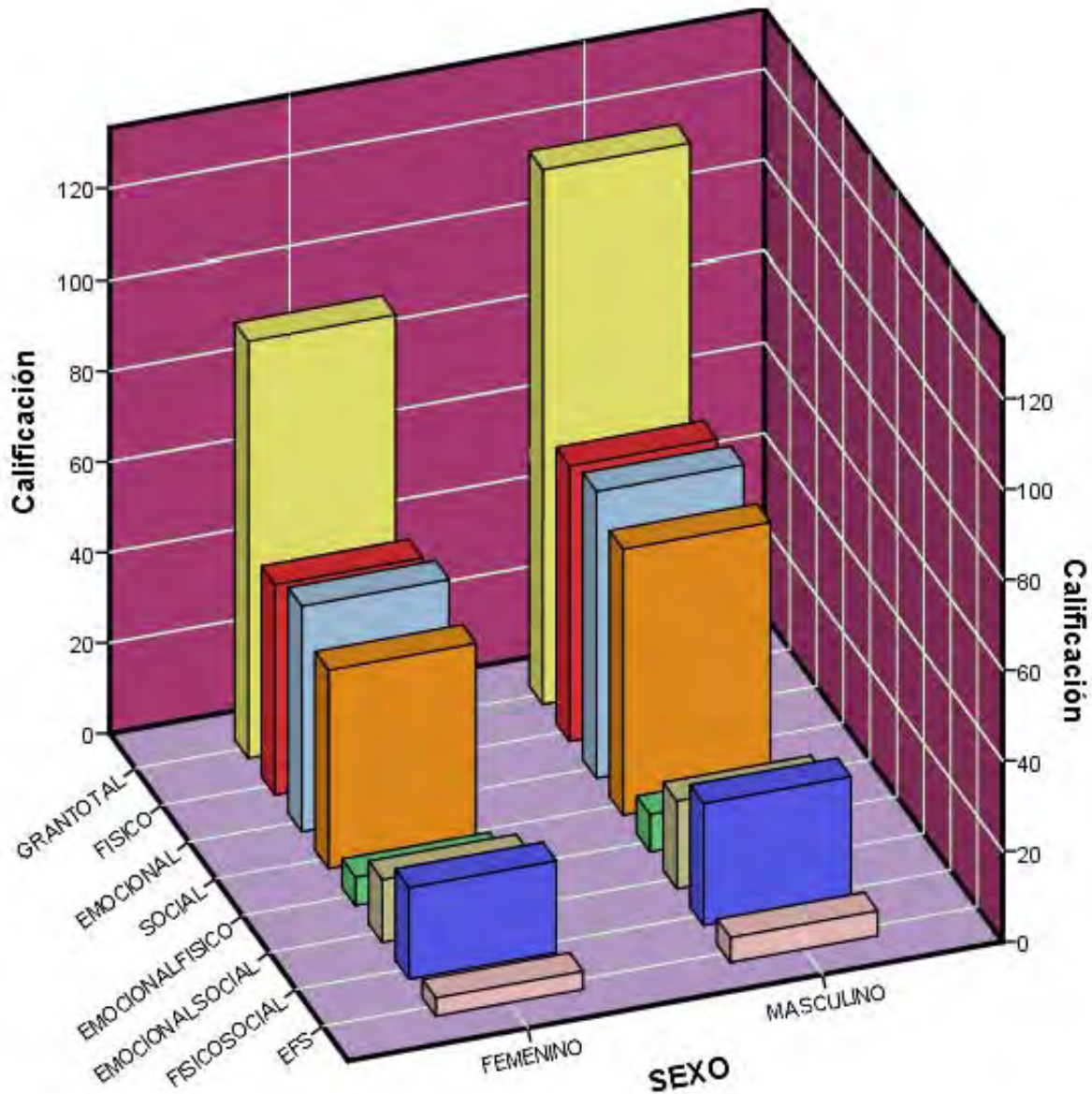
El análisis de varianza de la Calidad de Vida por sexo, se obtiene una relación significativa en Calidad de Vida Total y en los dominios de Calidad de Vida (Físico, Emocional, Social, Emocional-Físico, Emocional-Social, Físico-Social y Emocional-Físico-Social) mostrando homogeneidad de varianza con el estadístico de LEVENE para todos los dominios. (Ver Tabla 5 y Gráfica 5).

TABLA 5. ANÁLISIS DE VARIANZA DE LA CALIDAD DE VIDA (CV) POR SEXO EN DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL HGZ 24 *

CALIDAD DE VIDA (CV)	Suma de cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	ANOVA Sig. P= < 0.05	ESTADÍSTICO DE LEVENE Sig. P= < 0.05
CV. TOTAL						
Entre grupos	6303.949	1	6303.949	28.229	.000	.252
Dentro de grupos	10719.031	48	223.313			
Total	17022.980	49				
CV. FÍSICO						
Entre grupos	1980.774	1	1980.774	20.929	.000	.418
Dentro de grupos	4542.906	48	94.644			
Total	6523.680	49				
CV. EMOCIONAL						
Entre grupos	1754.595	1	1754.595	27.776	.000	.090
Dentro de grupos	3032.125	48	63.169			
Total	4786.720	49				
CV. SOCIAL						
Entre grupos	2131.030	1	2131.030	28.936	.000	.092
Dentro de grupos	3534.990	48	73.646			
Total	5666.020	49				
CV. EMOCIONAL-FÍSICO						
Entre grupos	39.852	1	39.852	8.800	.005	.286
Dentro de grupos	217.368	48	4.528			
Total	257.220	49				
CV. EMOCIONAL-SOCIAL						
Entre grupos	294.425	1	294.425	19.672	.000	.248
Dentro de grupos	718.395	48	14.967			
Total	1012.820	49				
CV. FÍSICO-SOCIAL						
Entre grupos	437.299	1	437.299	15.603	.000	.315
Dentro de grupos	1345.281	48	28.027			
Total	1782.580	49				
CV. EMOCIONAL-FÍSICO-SOCIAL						
Entre grupos	21.916	1	21.916	26.296	.000	.656
Dentro de grupos	40.004	48	.833			
Total	61.920	49				

*Prueba estadística ANOVA

GRAFICA 5. CALIDAD DE VIDA POR SEXO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL H.G.Z. 24 DEL IMSS.



Para el análisis de varianza de la Calidad de Vida por Rehabilitación Cardiovascular (RCV) y por edad, se obtiene mayor significancia con una p significativa $p < 0.05$, en el dominio Emocional-Físico ($p = 0.003$) por RCV y para el dominio físico-social ($p = 0.001$) por edad. Para el resto de los dominios por RCV y por edad no hubo

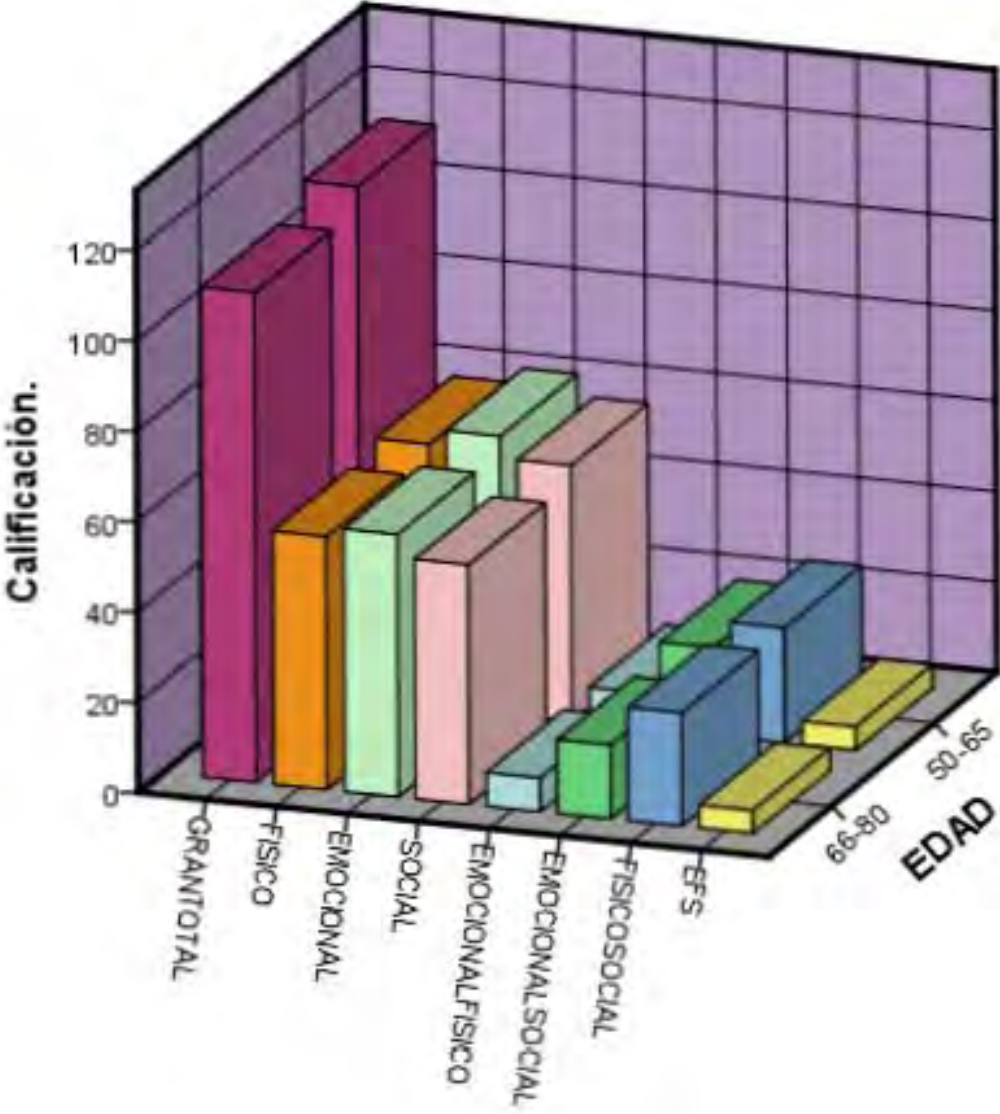
significación estadística al utilizar la prueba ANOVA, reportando homogeneidad con una $p < .05$ con el estadístico de LEVENE. (Ver Tabla 6 y Gráfica 6 y7).

TABLA 6. ANÁLISIS DE VARIANZA DE LA CALIDAD DE VIDA POR REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR (RCV) Y POR EDAD EN DERECHOHABIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24.

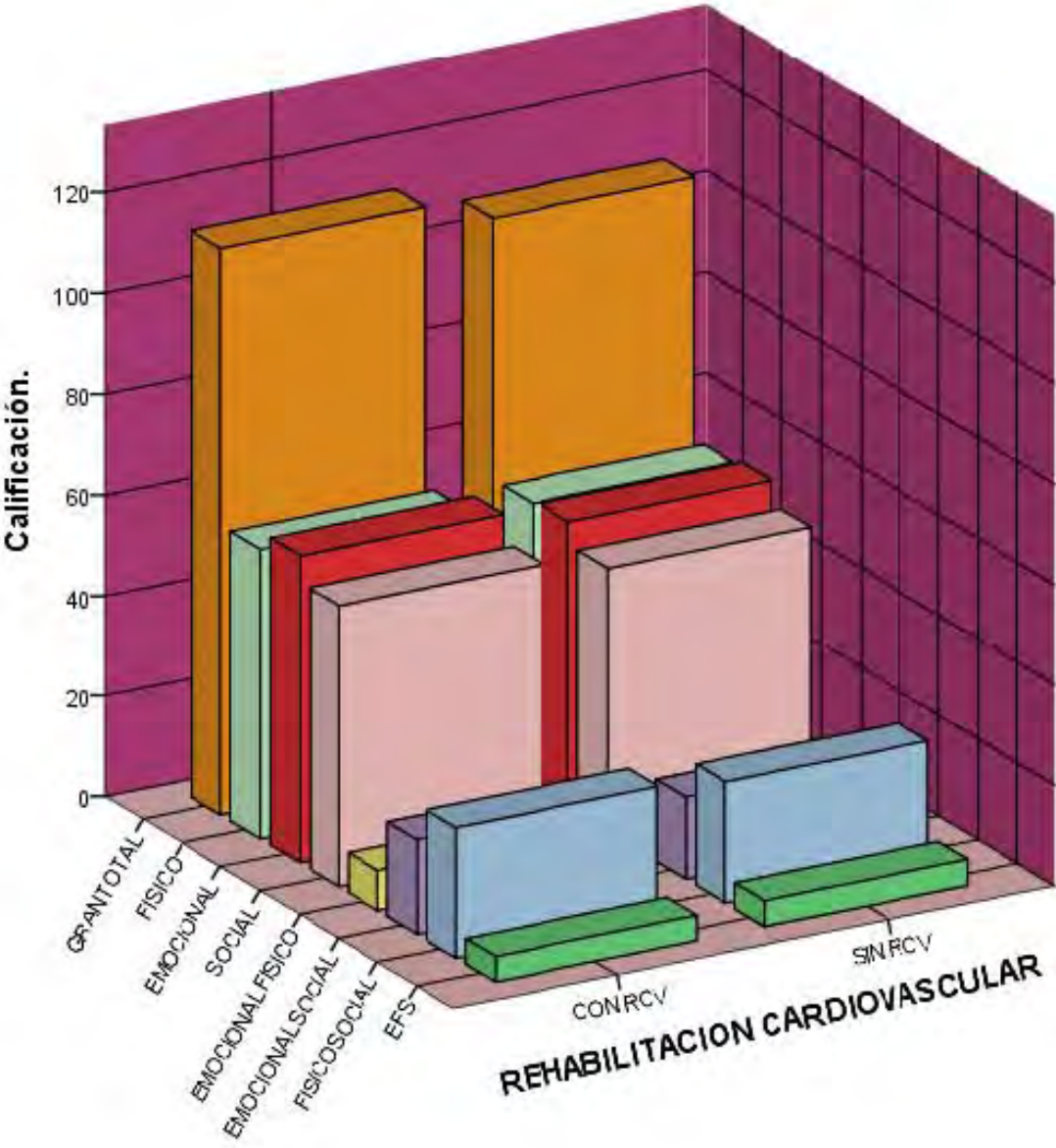
CALIDAD DE VIDA (CV)	RCV		EDAD ⁺	
	ANOVA* Sig. P= < 0.05	ESTADÍSTICO DE LEVENE Sig. P= < 0.05	ANOVA* Sig. P= < 0.05	ESTADÍSTICO DE LEVENE Sig. P= < 0.05
CV. TOTAL	.392	.026	.348	.004
CV. FÍSICO	.613	.030	.530	.003
CV. EMOCIONAL	.176	.419	.231	.007
CV. SOCIAL	.294	.013	.244	.014
CV. EMOCIONAL-FÍSICO	.358	.003	.476	.041
CV. EMOCIONAL-SOCIAL	.076	.303	.015	.090
CV. FÍSICO-SOCIAL	.328	.026	.843	.001
CV. EMOCIONAL-FÍSICO-SOCIAL	.705	.853	.627	.004

*Prueba estadística ANOVA +Rango de edad: 50-65 años, 66-80años

GRAFICA 6: CALIDAD DE VIDA POR EDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24.



GRAFICA 7: CALIDAD DE VIDA POR REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL H.G.Z. 24



DISCUSIÓN

Nuestro estudio se basó en la percepción de la calidad de vida en pacientes al sufrir un evento de Infarto Agudo al Miocardio; en nuestra población estudiada de 50 pacientes los resultados obtenidos son, en relación con el sexo el predominio es masculino 74.0% con una media de edad de 65.4 años, estado civil casado(a) 80.0%, escolaridad primaria 42.0%, ocupación predominio otro tipo de ocupación en comparación a las habituales con 40.0%, la comorbilidad de mayor frecuencia fue Hipertensión Arterial en un 70% seguido de Diabetes mellitus 60% y Dislipidemia 46%; población similar estudiada por **Pérez Leal y Cols.**⁽⁴³⁾ en su estudio *Observacional Descriptivo, donde se realizó un seguimiento de los pacientes tras un IAM que realizaron un Programa de Rehabilitación Cardíaca* en el año 2011, con la posibilidad de su Reincorporación laboral, donde abarco una población de 108 con una media de edad de 52.70 años de predominio sexo masculino 86.1%, nivel de estudios primarios en un 39.8%, estado civil casado 76.9%, con ocupación de trabajo no cualificado en 57.4%; en otro estudio realizado por **Höfer y Cols.**⁽⁴⁴⁾ en su estudio *observacional, donde se midió la Calidad de Vida mediante el Cuestionario The MacNew QLMI en pacientes con Angina y a Pacientes con cardiopatía isquémica realizado en el año 2012*. Dentro del grupo correspondiente a cardiopatía isquémica de forma semejante en su población correspondió a sexo masculino en 68.9% con una media de edad 67.5 años, como comorbilidad más frecuente Hipertensión arterial en un 67.7%, seguido de Dislipidemia 65.2% y Diabetes Mellitus 41.9%; los estudios anteriores abarcan población similar a nuestro estudio con una relación semejante a los resultados obtenidos demográficamente en cuanto a sexo, estado civil, escolaridad, ocupación; por lo que se percibe que la población más afectada a pacientes con Cardiopatía Isquémica es el sexo masculino, en su mayoría con edad adulta mayor económicamente activa, en cuanto a comorbilidad en nuestro estudio al igual que en el estudio de Höfer se observó que la de mayor frecuencia es Hipertensión arterial, pero sigue presente la segunda y tercera comorbilidad para ambos estudios solo que de forma inversa, esto debido a que este tipo de enfermedades crónicas forman parte de los principales factores de riesgo para Infarto Agudo al Miocardio.

En cuanto a Rehabilitación Cardiovascular (RCV) posterior a infarto agudo al miocardio en nuestro estudio los pacientes que llevaron un programa de Rehabilitación Cardíaca fue 70%, en un estudio realizado por **Castillo y Cols.**⁽⁴⁵⁾ que consistió en un estudio descriptivo con revisión bibliográfica de los diferentes aspectos de los programas de rehabilitación cardíaca, de los nuevos avances y progresos de la prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica

realizado en España en el año 2006, concluyen que los programas de rehabilitación cardíaca parece ser que consiguen una disminución de la mortalidad de un 20-30 % y de la morbilidad de un 43 % a 5 años; de forma semejante en otro estudio realizado por **Suaya J y Cols.**⁽⁴⁶⁾ realizaron un metaanálisis de 22 estudios en pacientes pos IAM, para conocer los beneficios y efectos de la Rehabilitación Cardíaca en el año 2008. Al grupo para el grupo de Estados Unidos se observó que aquellos que participaron de un programa de RCV presentaron una reducción de la mortalidad de 34% en uno a cinco años de seguimiento, por lo que podemos decir que para nuestro estudio tenemos que tener un seguimiento en nuestros pacientes de uno hasta cinco años para observar los beneficios de llevar un programa de Rehabilitación cardiovascular como es la disminución de morbi-mortalidad.

En nuestro estudio se percibió una Calidad de Vida Total como Regular en un 80% seguida de Buena Calidad de Vida con 10%, dentro de sus dominios que califica Calidad de Vida se tiene Regular Calidad de Vida para Dominio Emocional 80% seguido de Dominio Físico con 78%; en la publicación de **Espinosa y Cols.**⁽⁴⁷⁾ realizaron un estudio de Casos y Controles a pacientes que acudieron consulta de Rehabilitación Cardiovascular (RCV) a pacientes tras infarto agudo *al miocardio de bajo riesgo llevándose a cabo en España en el 2004*. Realizado a 153 pacientes de los cuales 40 fue grupo control sin RCV y 113 pacientes llevo un programa de RCV se aplicó el Test de Calidad de Vida Velasco-Del Barrio a los 3 meses y al año de llevar su Programa de RCV encontrándose una mejoría de la calidad de vida tras un año de seguimiento, con una significancia de $p < 0.05$ (78 ± 2 frente a 91 ± 2); comparando la similitud de la población para poder obtener resultados con un mayor puntaje en Buena Calidad de Vida para nuestra población de estudio tendríamos que esperar a 1 año de seguimiento.

Es importante recalcar en el puntaje de Calidad de Vida al utilizar el Cuestionario MacNew QLMI II se obtiene con mayor frecuencia en Dominio Emocional con un 80% para Regular Calidad de Vida, siendo las áreas evaluadas: frustración, sin valor, confianza, deprimido, libre de tensión, desgastado, feliz con su vida, ansiedad, llanto, actividades sociales, inseguridad, preocupación, falta de autoconfianza, carga para los demás; esto se ve de igual forma reflejado en el estudio de **Ades y Cols.**⁽⁴⁸⁾ un estudio observacional, transversal de una población de 330 pacientes con 6 meses de asistencia al Programa de RCV en el año 2011, en el cual menciona desde la perspectiva del paciente los efectos más destacados de la RCV y Calidad de Vida se relacionan a factores psicosociales: mejora la ansiedad, estrés, falta de autoconfianza, depresión, aislamiento social. De igual manera en otro estudio **O'Neil y Cols.**⁽⁴⁹⁾ realizaron

un metaanálisis para evaluar la efectividad del tratamiento antidepresivo en la calidad de vida relacionada con la salud mental y física a los pacientes con cardiopatía isquémica en el año 2011, donde se menciona que el apoyo psicológico para la depresión postinfarto es uno de los principales pilares de la Rehabilitación Cardíaca, teniendo una mejora de Calidad de Vida más significativamente en el Dominio Emocional (psicológico) que en el Físico. De tal manera que nuestra población estudiada al continuar con su programa de Rehabilitación Cardiovascular a mediano y largo plazo se seguirá observando un mayor beneficio para al dominio Emocional o Psicológico.

Para evaluar los beneficios de Calidad de vida por Sexo, Rehabilitación Cardiovascular (RCV) y edad (con dos rangos de edad: 50-65 años y 66-80 años); para nuestro estudio se encuentra significancia ($p = < 0.05$) por sexo en todos los dominios para Calidad de vida, no así para RCV y edad, con una significancia de $p= 0.003$ para el dominio Emocional-Físico para RCV y para edad no cumple significancia en el dominio Emocional-Social con $p= 0.90$, para el resto de los dominios si cumple significancia. En el estudio realizado por **Báez y Cols.**⁽⁵⁰⁾ un estudio longitudinal tipo retrospectivo para determinar los beneficios del programa de Rehabilitación Cardiovascular en Colombia en el 2006, en 278 en pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en un período de 5 años al evaluar el programa hubo mejoría de la calidad de vida, no se observó ninguna diferencia significativa por sexo, se evidenció un mejoramiento mayor en la calidad de vida en los pacientes menores de 60 años en comparación con los mayores de 60 años ($p= 0,0018$). En nuestro estudio se observa de forma semejante los resultados de significancia: en cuanto a edad ya que solo tenemos dos rangos para la edad y solamente en un dominio de Calidad de Vida se ve afectada por lo que sí hay significancia para edad, en cuanto a los beneficios de Calidad de Vida por sexo realizándose la prueba estadística ANOVA, se observa que si hay significancia por sexo para el método estadístico ANOVA y para el segundo método no se observa significancia; esto se puede relacionar ya que en los dos grupos de estudio es población de América Latina.

CONCLUSIONES

En el perfil sociodemográfico de los pacientes estudiados se encontró que la media de edad fue 65.40 ± 8.425 años, predominó sexo masculino con 74%, estado civil casado en el 80%, escolaridad primaria 42%, ocupación 40% correspondientes a diferentes ocupaciones a las habituales, la comorbilidad se encontró predominio de Hipertensión Arterial en un 70%. Del grupo de pacientes estudiados que llevaron un programa de Rehabilitación Cardiovascular (RCV) en 70%.

Se obtuvo el objetivo planteado en nuestro estudio, donde conocimos la Calidad de Vida en pacientes posterior a sufrir un evento de Infarto Agudo al miocardio, en el cual se aplicó el instrumento Mac-New QLMI, obteniendo en su mayoría una Regular Calidad de Vida (CV) total, igualmente se obtiene la misma CV para cada dominio del Cuestionario; encontrándose en su mejoría de CV para el sexo masculino, en una edad promedio de 65 años.

Dentro de los Factores que se relacionan a la Calidad de Vida en pacientes con Cardiopatía isquémica, se obtiene una mayor frecuencia a Factores psicológicos seguido de los factores Físicos correspondiendo entre otros a: ansiedad, estrés, falta de autoconfianza, depresión, frustración, inseguridad, llanto, aislamiento social, actividades sociales excluidas, dependencia, limitación de ejercicio y restricción física.

Se encontró buena significancia en Calidad de Vida por sexo para Calidad de vida Total y en todos los dominios correspondientes al cuestionario; en cuanto a Calidad de Vida por edad y por RCV no se encuentra diferencia estadística. Por lo que se rechaza la Hipótesis nula, ya que se encuentra mayor porcentaje de Calidad de Vida Regular en pacientes postinfartados.

RECOMENDACIONES

En nuestro estudio el tamaño de muestra fue limitado y sólo se consideró cierto rango de edad (50 a 80 años), divididos en dos rangos; considero que en futuras investigaciones se tome en cuenta un tamaño de muestra más amplio, así aumentar el número de grupos para los rangos de edad y de esta manera abordar más pacientes que lleven un programa de Rehabilitación Cardiovascular con la finalidad de conocer la dinámica de la Calidad de Vida en estos pacientes.

Se propone un estudio de cohorte, para aumentar el seguimiento de los pacientes con Rehabilitación Cardiovascular (RCV); un grupo con programa de RCV y posterior a su alta seguimiento de programa de rehabilitación en casa y otro grupo con programa de RCV y posterior a su alta seguimiento de programa de rehabilitación de forma supervisada, de esta forma se tiene un gran porcentaje de aumentar de Regular a Buena Calidad de Vida en estos pacientes.

Recomiendo dar información a los pacientes de una forma explícita la importancia de llevar un programa de RCV el cual le ayudará a evitar futuras complicaciones de su evento de infarto agudo al miocardio (reinfartos, mortalidad), otorgar ésta información antes de su alta del servicio de Cardiología intervencionista.

Consideramos que los resultados derivados del presente estudio pueden servir como una estrategia de intervención educativa del personal médico de primer nivel a los pacientes con cardiopatía isquémica y otorgarles a estos pacientes intervención primaria para aumentar su Calidad de Vida en el aspecto físico-psico-social. Así mismo el presente estudio proporciona conocimiento e información útil para profesionales de la salud e incrementar investigaciones para el manejo de los pacientes con cardiopatía isquémica desde una segunda fase de RCV y mejora de Calidad de Vida total.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Lozano R., Gómez-Dantés H. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública Mex.* 2013; 55: 580-594
- 2.-Rodríguez-Ábrego G., Escobedo de la Peña J., Zurita B. Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del seguro social. *Salud Pública Méx.* 2010; 49: 132-143
- 3.-Enfermedades cardiovasculares [sede web]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; Enero 2015 [actualizado 2016; acceso 08 agosto 2016]. Centro de prensa - Nota descriptiva. Disponible en URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es>
- 4.-Ferreira-González I. Sánchez J. Epidemiología de la Enfermedad Coronaria. *Rev. Esp. Cardiol.* 2014; 67(2):139–144.
- 5.-Castro Beira A. Estrategia de Cardiopatía isquémica en Salud. 1ed. España, ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones. 2006. p. 25
- 6.-Dirección General de Epidemiología [sede web] Distrito Federal: Secretaría de Salud; 2013 [actualizado 30 de Abril 2014; acceso 28 Julio 2016]. Anuarios de Morbilidad; [1página]. Disponible en URL: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/.../inicio_anuarios.htm
- 7.-Sistemas nacionales estadísticos y de información geográfica [sede web]. Distrito Federal: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2013 [actualizado 24 de Abril 2015; acceso 12 Julio 2016]. Defunciones Generales [2 paginas]. Disponible en URL: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/consulta/mortalidad.asp>
- 8.-Escobedo J, Rodríguez G, Buitrón L.V. Morbilidad y la mortalidad por cardiopatía isquémica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio ecológico de las tendencias en población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1990 y 2008. *Arch. Cardiol. Méx.* 2010; 80(4): 242-24
- 9.-Diagnóstico de Salud UMF20. Texto Vigente. Última publicación 2016: pag. 81

- 10.-García A, Sánchez J, Martínez C. Guías clínicas para el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento S. Arch. Cardiol. Méx. 2006; 76(3): 12-19
- 11.-Martínez Ríos, M.A. Infarto Agudo de Miocardio-Documento de postura: Academia Nacional de Medicina. México. Intersistemas; 2014.
- 12.-López F, Pérez C, Zeballos P.C. Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. Rev. Urug. Cardiol. 2013; (28): 189-224
- 13.-Maroto J.M., Rehabilitación Cardíaca. Barcelona: Sociedad Española de Cardiología, Acción Médica Grupo. 2009.
- 14.-Báez L, Camacho P.A, Abreu P. La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. Rev. Colomb. Cardiol. 2006; 13: 90-96
- 15.-Vargas R, Ordoñez E, Montalvo O. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. Rev. Cienc. Cuidad. 2007 5(1):40-41
- 16.-Cano C, Albus C. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(1):72-79
- 17.-Smith, SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO,. AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: Update Circulation. 2006; 113: 2363-72.
- 18.-Williams MA, Ades Ph A, Hamm LF, Keteyian SJ, LaFontaine TP, Roitman JL, et al. Clinical evidence for a health benefit from cardiac rehabilitation: An update. Am Heart J. 2006; 152: 835-841
- 19.-Espinosa J.S, Bravo-Navas J.C. Rehabilitación cardíaca y atención primaria. Madrid: Médica Panamericana; 2009; 22(4)59-63
- 20.-Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak M,Watkins L. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease. A randomized controlled trial. JAMA. 2006; 293: 1626-34
- 21.-Lorca MT, Moncosí B. Cardiopatía isquémica. AMF-SEMFYC. 2012; 8(10):567-73

- 22.-Marín M., Urbez M.R., Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en los cardiopatas: ¿qué test y qué cuestionarios debemos utilizar?. *Rehabilitación*. 2006; 40(6):309-17
- 23.-Pérez M.G, Salazar B.C., Núñez G. M., Gallegos E.C. Calidad de vida y etapas de disposición al cambio en pacientes con enfermedades coronarias. *Cien Salud UAdeC* 2011; 2: 18-23
- 24.-Acuña Español, J.A: Determinación de la Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca en fase II en una institución de IV nivel en la ciudad de Bogotá [tesis]. Bogotá: PUJ-BG, Universidad Javeriana; 2009.
- 25.- Dueñas M, Salazar, Begoña O. Factor de Riesgo Cardiovascular y Calidad de Vida Relacionada en pacientes con cardiopatía. *Rev Colomb. Cardiol.* 2009; 11: 399-410.
- 26.-G-SE Cuestionario Calidad de Vida en pacientes del paciente coronario.[sede web] Argentina: Prevención y Rehabilitación Cardiovascular, 2010 [actualización 25 de marzo 2013; acceso 10 agosto 2016]. Blogs revisados [3 paginas]. Disponible en <https://g-se.com/es/prevencion-y-rehabilitacion-cardiovascular/blog/cuestionario-de-calidad-de-vida>
- 27.-Dempster M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *J Cardiovasc Prevention Rehab.* 2009; 83: 641-644
- 28.-Höfer S., Doering S., Rumpold G., Determinants of Health-Related Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13(3): 398-406
- 29.-Benetti M, Nahas MV, Barros MVG. Reproducibility and validity of a brazilian version of the MacNew quality of life after myocardial infarction (MacNew QLMI) questionnaire. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33 (5): S62
- 30.-Alves da Silva S.S, Lambert Passos R., Teixeira M. Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo: Revisión Sistemática. *Arq. Bras. Cardiol.* 2011; 97(6):526-540

31.-Höfer S., Lim L., Guyatt G., Oldridge, N. The MacNew Heart Disease Health related Quality of Life instrument: A summary. Health and Quality of Life Outcomes, 2004; 2(3): 1-8

32.-Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca [internet] Cuba: Medisan, 2008 [citado 4 dic 2008; acceso agosto 2016] orientaciones actuales. [3 páginas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san14105.htm.

33.-Rodríguez A.F, Rey J. Lozano R. La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. Rev. Esp. Salud. 2008 73(4):435-439.

34.-Brotons C. C., Ribera A., Permanyer G., Adaptación del cuestionario de calidad de vida postinfarto MacNew QLMI para su uso en la población española. Medicina clínica. 2000; 15(20): 35-42

35.-Álvarez M.I., De la Rosa T., Acosta M.E., Evaluación del Impacto del Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario Virgen Macarena en la Calidad de Vida de sus Usuarios. Rev Esp Cardiol. 2007; 60 (3): 68-78.

36.-Nakajima KM, Rodríguez RC , Gallani MC, Alexandre NM, Oldridge N. Propiedades psicométricas de la enfermedad de corazón de MacNew Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud: versión brasileña. J Adv Nurs. 2009; 65(5):1084-94.

37.-Benetti M., Pereira-Araujo C.L. Aptitud Cardiorrespiratoria y Calidad de Vida Postinfarto en Diferentes Intensidades de Ejercicio. Arq. Bras Cardiol 2010; 95(3): 399-404.

38.-Alves da Silva S., Lambert S. Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo: Revisión Sistemática. Arq. Bras Cardiol 2011; 97(6): 526-540.

39.-Hofer, S., Saleem, A., Stone, J., Thomas, R., The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire in Patients with Angina and Patients with Ischemic Heart Failure. Value Health. 2012; 15(1):143-50

40.-Pavy B, Iliuo M.C., Höfer S., Validation of the French version of the MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire. Arch. Cardiovasc. Dis. 2014; 108(2):107-117.

- 41.-Alphin S., Hofer S., Perk J., The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire: A Scandinavian Validation Study. *Soc. Indic. Res.* 2015; 122: 519–537
- 42.-Talavera J.O., Rivas-Ruiz R., Bernal L.P., Tamaño de Muestra: Investigación Clínica V. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2011; 49 (5): 517-522.
- 43.-Pérez L.I., Tallón M.R., González V.M., Índice de reinserción laboral tras un programa de rehabilitación cardiaca. *Med. Secur. Trab.* 2014; 60 (235) 370-378
- 44.-Höfer S., Saleem A., Stone J., The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire in Patients with Angina and Patients with Ischemic Heart Failure. *VALUE IN HEALTH* 15 (2 0 1 2): 1 4 3 – 1 5 0.
- 45.-Castillo M.J., Rehabilitación Cardíaca en el Síndrome Coronario Agudo. *Rehabilitación (Madr).* 2006; 40(6):318-32
- 46.- Suaya J. Survival Benefits and dose-response Effect of Cardiac Rehabilitation in Medicare Beneficiaries After Cardiac Event or Revascularization. *J Am. Coll. Cardiol.* 2008; 51:A373
- 47.-Espinosa C.S, Bravo N.JC., Gómez-Doblas JJ., Rehabilitación Cardíaca Posinfarto de Miocardio en Enfermos de Bajo Riesgo. Resultados de un programa de Coordinación entre Cardiología y Atención primaria. *Rev. Esp. Cardiol.* 2004; 57: 53-9
- 48.-Ades PA. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart disease. *N. Engl. J. Med.* 2011; 345: 892-902.
- 49.-O’Neil A, Sanderson K, Oldenburg B., Impact of Depression Treatment on Mental and Physical Health-related Quality of Life of Cardiac Patients: a metaanalysis. *J Cardiopulm. Rehabil. Prev.* 2011; 31:146–56
- 50.- Báez L.P., Camacho P.A., La importancia de la Rehabilitación Cardiovascular: Experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. *Rev. Colomb. Cardiol.* 2006; 13: 90-96.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AL SUFRIR UN EVENTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL HGZ 24 DEL IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No 24 del IMSS; ubicado en Av. Insurgentes Norte 1322, Colonia Magdalena de las Salinas C.P. 07760, Delegación Gustavo A. Madero. Ciudad de México, a ____ de _____ del 201__.
Número de registro:	R-2017-3516-13
Justificación y objetivo del estudio:	La cardiopatía isquémica es la primera causa de mortalidad a nivel mundial reportada por la OMS, en México ésta enfermedad ocupa el segundo lugar de igual forma ocupa el mismo lugar en enfermedad con discapacidad. Reconocer a la población en riesgo en nuestra unidad ayudará a disminuir las cifras de mortalidad por secuelas, detectar factores de riesgo para nuevos eventos de infarto, poder intervenir oportunamente para su manejo, aumentar estado de salud y la esperanza de vida. El Objetivo del estudio: Conocer la calidad de vida en pacientes al sufrir un evento de infarto agudo al miocardio en el HGZ 24 del IMSS.
Procedimientos:	Se aplicó encuesta de datos generales e instrumento sobre calidad de vida en pacientes que han tenido infarto agudo al miocardio en el HGZ 24 del IMSS.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar las dimensiones más afectadas, su intervención en la calidad de vida e identificar intervenciones oportunas en el primer nivel de atención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará por escrito los resultados y conclusiones que resulten de este estudio en los medios de difusión pertinentes
Participación o retiro:	Participarán los pacientes con Diagnostico de infarto Agudo al Miocardio posterior a un primer evento de manera voluntaria y bajo

consentimiento informado. En caso de no desear continuar se respetará su retiro y se eliminará la encuesta sin repercusión alguna.

Privacidad y confidencialidad:

Apego a los códigos éticos de investigación en humanos y como lo marca la Ley General de Salud. La información se analizará de manera confidencial y general siendo sólo utilizados de manera académica y capacitación al personal de salud.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA. Médico Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Investigación Clínica y Jefe de la Coordinación de Educación e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Matricula 99352417. Calzada Vallejo 675. Col. Nueva Vallejo CP 07750 México DF. Tel: 55 87 44 2 ext. 15320 y 15368
Mail: gilberto.cruz@imss.gob.mx

Investigador Asociado DR. FRANCISCO JAVIER RAMIREZ MENDEZ. Médico Especialista en Medicina de Urgencias. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona 24. Matrícula 99374201. Av. Insurgentes Norte 1322, Col. Magdalena de las Salinas C.P. 07760, México DF. Tel: 57473500 ext. 25925
Mail: franciscojavier.ramirez@imss.gob.mx

Colaboradores: DRA. NORMA GUTIERREZ BALTAZAR. Residente de tercer año de medicina familiar. Unidad de Medicina Familiar No 20. Matricula 99169664.
Calzada Vallejo 675. Col Nueva Vallejo CP 07750 México DF.
Tel: 55 87 44 2 ext. 15320 y 15368. Mail: normix84gb@live.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24

FOLIO: _____

Encuesta para conocer la calidad de vida del paciente después de presentar un infarto al miocardio.

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____ ocupación: _____

¿Ha tenido rehabilitación cardiaca después de su infarto? Si _____ No _____

¿Padece alguna enfermedad? Si ____ No _____

En Caso de que su respuesta sea que **Sí**, escriba que enfermedad padece:

Marque con una "X" dentro del recuadro una única respuesta a cada pregunta, que este más acorde de como se ha percibido Ud. En las últimas 2 semanas.

Durante las últimas 2 semanas..	En general, la cantidad de tiempo que ha sentido frustrado, impaciente o enojado?	¿Con qué frecuencia, te has sentido desgastado o baja en energía?
1 SIEMPRE		
2 MUCHAS VECES		
3 A MENUDO		
4 ALGUNAS VECES		
5 POCAS VECES.		
6 CASI NUNCA		
7 NUNCA		

Durante las últimas 2 semanas..	¿Con qué frecuencia, se ha sentido sin valor o inadecuadamente?	Con qué frecuencia, Se ha sentido como si los demás ya no tienen la misma confianza en usted como lo hacían antes de su problema de corazón?	¿Con qué frecuencia, se ha sentido inseguro de sí mismo, o falta de confianza en sí mismo?	¿Con qué frecuencia, se ha sentido como si fuera una carga para los demás?
1 SIEMPRE				
2 MUCHAS VECES				
3 A MENUDO				
4 ALGUNAS VECES				
5 POCAS VECES				
6 CASI NUNCA				
7 NUNCA				

Durante las últimas 2 semanas. ¿Con qué frecuencia ha sentido usted, que no pudo realizar sus actividades sociales habituales o actividades sociales con su familia?

- 1 SIEMPRE
- 2 MUCHAS VECES
- 3 A MENUDO
- 4 ALGUNAS VECES
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

- Durante los últimos 2 semanas. ¿Cuánta falta de aliento, ha experimentado mientras hace sus actividades físicas cotidianas?

- 1 DIFICULTAD RESPIRATORIA EXTREMA
- 2 MUCHA FALTA DE AIRE
- 3 BASTANTE FALTA DE AIRE.
- 4 MODERADAMENTE FALTA DE AIRE
- 5 ALGO DE FALTA DE AIRE
- 6 POCA FALTA DE ALIENTO
- 7 NADA DE FALTA DE ALIENTO

-¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido su problema cardíaco limitada o interferida sexual el coito?

- 0 NO APLICA
- 1 TODO EL TIEMPO
- 2 LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 3 UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA PARTE DEL TIEMPO
- 5 POCA PARTE DEL TIEMPO
- 6 CASI NINGUNO PARTE DEL TIEMPO
- 7 NINGUNA PARTE DEL TIEMPO

Durante las últimas 2 semanas..	¿Cuánto ha sido limitado en hacer deporte o ejercicio como consecuencia de su problema de corazón?	En general, ¿cuánto ha estado restringido o limitado como resultado de su problema del corazón?	En general, ¿cuánto ha estado restringido o limitado como consecuencia físicamente de su problema de corazón?
1 EXTREMADAMENTE LIMITADO			
2 MUY LIMITADO			
3 BASTANTE LIMITADO			
4 MODERADAMENTE LIMITADO			
5 ALGO LIMITADO			
6 UN POCO LIMITADO			
7 NADA LIMITADO			

Durante las últimas 2 semanas..	¿Con qué frecuencia, ha sentido inseguro en cuanto a la cantidad de ejercicio o actividad física que debería estar haciendo?	¿Con qué frecuencia ha sentido excluido de hacer las cosas con otras personas debido a su problema de corazón?	¿Con qué frecuencia, se ha sentido incapaz de socializar a causa de su problema de corazón?
1 SIEMPRE			
2 MUCHAS VECES			
3 A MENUDO			
4 ALGUNAS VECES			
5 POCAS VECES			
6 CASI NUNCA			
7 NUNCA			

Durante las últimas 2 semanas..	¿Con qué frecuencia, ha experimentado dolor en el pecho mientras que hace su día a día actividades?	¿Con qué frecuencia, le han molestado por dolor o piernas cansadas?	¿Con qué frecuencia, se ha sentido mareado o aturdido?
1 SIEMPRE			
2 MUCHAS VECES			
3 A MENUDO			
4 ALGUNAS VECES			
5 POCAS VECES			
6 CASI NUNCA			
7 NUNCA			

Durante los últimos 2 semanas...	¿Con qué frecuencia ha sentido como si estuviera más dependiente de lo que era antes su problema de corazón?	¿Con qué frecuencia ha sentido como si su familia está siendo sobre-protectora hacia Usted?
1 SIEMPRE		
2 MUCHAS VECES		
3 A MENUDO		
4 ALGUNAS VECES		
5 POCAS VECES		
6 CASI NUNCA		
7 NUNCA		

-Qué feliz, satisfecho, complacido ha estado con su vida personal durante las últimas 2 semanas?

1 MUY INSATISFECHO O INFELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.

2 GENERALMENTE MUY INSATISFECHO O INFELIZ.

3 ALGO INSATISFECHO O INFELIZ.

4 EN GENERAL SATISFECHO, CONTENTO.

5 FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.

6 MUY FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.

7 EXTREMADAMENTE FELIZ, NO PODRÍA HABER SIDO MÁS SATISFECHO.

En las últimas 2 semanas..	¿Cuánta parte del tiempo se sintió muy confiado y seguro de que usted puede hacer frente a su problema de corazón?	¿Qué parte del tiempo, usted se siente relajado y libre de tensión?
1 NINGUNA		
2 UN POCO/CASI NUNCA		
3 ALGUNAS VECES		
4 UNA BUENA PARTE DE EL TIEMPO		
5 LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO		
6 CASI TODO EL TIEMPO		
7 TODO EL TIEMPO		

Durante las últimas 2 semanas..	En general que cantidad de tiempo se siente desanimado o deprimido?	En general, ¿cuántas veces se ha sentido inquieto, o como si estuviera teniendo dificultades tratando de calmarse?	¿Con qué frecuencia, se ha sentido llorosa, o con ganas de llorar?	¿Con qué frecuencia, Se ha sentido preocupado o asustado?
1 SIEMPRE				
2 MUCHAS VECES				
3 A MENUDO				
4 ALGUNAS VECES				
5 POCAS VECES				
6 CASI NUNCA				
7 NUNCA				

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.