

35  
TI  
610.73691  
R664

2

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST INFARTO DE MIOCARDIO.  
EGRESADOS DE CUATRO UCIs DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

**Investigador Principal:**

Elizabeth Romero

**Coinvestigadores**

Yuleidis Gambin Zabaleta

Darlin Gutiérrez Quintana

Laurin Salas Ricardo

Evila Milena Soto Álvarez

Jennifer Torres O`neill

Gloria Valderrama Gómez

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Dpto. DE INVESTIGACIÓN**

**VIII SEMESTRE**

**CARTAGENA DE INDIAS D T y C.**

2008

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST INFARTO DE MIOCARDIO.  
EGRESADOS DE CUATRO UCIs DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

**Coinvestigadores.**

- Yuleidis Gambin Zabaleta
- Darlin Gutiérrez Quintana
- Laurin Salas Ricardo
- Evila Milena Soto Álvarez
- Jennifer Torres O' neill
- Gloria Valderrama Gómez

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
Dpto. DE INVESTIGACIÓN  
VIII SEMESTRE  
CARTAGENA DE INDIAS D T y C.**

**2008**

**TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCION	4
METODOLOGIA	8
RESULTADOS	13
DISCUSION	17
REFERENCIAS	22
ANEXOS	27

## INTRODUCCION

El término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos; resultando de vital importancia para medir el impacto de las enfermedades crónicas en los individuos, entre las cuales se encuentra las enfermedades cardiovasculares; que en la actualidad siguen siendo un importante problema de salud pública, como primera causa de mortalidad en Colombia (1).

La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte a nivel mundial entre hombres y mujeres, y también la primera causa de incapacidad física, particularmente para los ancianos (2). Según las estimaciones de la OMS, más de diecisiete millones de personas murieron en 2005 de infarto de miocardio y/o de accidente vascular cerebral (AVC). (3).

En el país aproximadamente cinco personas sufren un evento coronario por hora, y al día ocurren 45 muertes relacionadas con enfermedad coronaria, siendo la enfermedad isquémica del corazón la que aporta un 30 % de las causas de muerte y por lo menos la mitad de ésta corresponde a IAM (4). En Cartagena el IAM fue la segunda causa de muerte con 331 defunciones en el 2006, con una incidencia de 31 casos por 100.000 habitantes, similar a la del año anterior, que reportó una incidencia de 31.64 casos por 100.000 habitantes (5).



No obstante la implementación de agresivas campañas educativas tendientes a modificar el estilo de vida, los trastornos isquémicos coronarios, siguen afectando en buena parte de los hombres mayores de treinta años y un alto porcentaje a mujeres después de la menopausia. (6). Generando un cambio significativo en su calidad de vida, tal como lo muestra el estudio realizado por Faild I y cols. Quienes siguieron pacientes que ingresaron al Hospital Universitario de España que había sufrido un IAM y les aplicaron el SF-36 al ingreso y tres meses después. En sus resultados objetivaron una significativa disminución en las dimensiones de función física, vitalidad, salud general y sumario físico en el 26.6% de los pacientes al comparar con los datos arrojados a su ingreso (7). Estos resultados coinciden con estudios previos como el de Brown y cols. quienes al aplicar el cuestionario SF- 36 en paciente postinfarto cuatro años después de haber egresado del hospital, encontraron que todos los pacientes menores de 65 años presentaban alteraciones en los dominios de rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, salud mental, rol emocional y función social de la escala. (8).

En los resultados de éste y otros estudios se encuentran como predictores de peor Calidad de vida post-infarto: La preocupación sobre la actividad sexual, laboral, sentimientos de inutilidad, las relaciones familiares y apoyo socioeconómico inadecuado (7); la presencia de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, etc.) (9); Ciertas características personales (el estado de ánimo, estrés, confianza en el entorno, el cuidado personal, las actividades



cotidianas) el dolor, el malestar, la movilidad, y la edad con más peso incluso que la patología previa (10). Notándose una relación inversamente proporcional entre la peor calidad de vida (CV) y la edad del paciente.

Después del infarto la persona se ve obligada a realizar cambios personales y en el entorno; aumenta la preocupación por la dependencia a los familiares y el control del destino (11). Estudios indican que lo habitual suele ser el fracaso en la recuperación del nivel de funcionamiento cotidiano, tras el alta hospitalaria; evidenciándose un deterioro físico, psicológico y social; con alteración de la calidad de vida (12).

La actitud del enfermero (a) ante sus pacientes con IAM debe rebasar el mero aspecto científico técnico y alcanzar un abordaje holístico. En esta línea, surgen los esfuerzos para medir la dimensión de calidad de vida luego de un infarto del miocardio, como un instrumento para comprender mejor el nivel de satisfacción y percepción del estado de salud del paciente y sus expectativas. Actualmente la valoración de la calidad de vida en los pacientes coronarios es una medida útil que permite valorar las expectativas de los pacientes, sobre todo en relación a una atención más personalizada, con el propósito de conseguir el objetivo de "añadir vida a los años en lugar de años a la Vida" (13)

El profesional de enfermería pretende que los pacientes post-infarto recuperen el máximo grado de autonomía alcanzable, para ello se adecuan planes de cuidados a sus problemas. No solo por los costos que genera el aumento de



los días de hospitalización y las complicaciones propias de la patología, sino también porque como cuidadores se busca mantener el completo bienestar bio-psico-social del individuo y su familia.

Las repercusiones del IAM en el funcionamiento cotidiano del sujeto dependen, del tamaño de la zona afectada es decir, de la cantidad de músculo cardíaco que ha dejado de funcionar aunque, normalmente, la parte de miocardio que queda sana permite que el corazón realice adecuadamente su función sin que se tenga que afectar el desarrollo de la actividad habitual de los pacientes (13).

Por lo anterior y Considerando la alta incidencia de la morbilidad producto del IAM en la ciudad de Cartagena, al no encontrar datos que sugieran que se han realizado estudios referentes a la determinación de la calidad de vida en estos pacientes; se formula la siguiente pregunta problema: ¿Como es la de calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto agudo del miocardio, egresados de cuatro UCIs de la ciudad de Cartagena entre los periodos de 2006-2007?

La medición de la Calidad de Vida (CV) a los pacientes tras un ingreso en UCI, valorando el estado objetivo y subjetivo de salud es clave para reducir la dependencia y mejorar su pronóstico. Identificar subgrupos de pacientes desde su ingreso, con mayor afectación, facilita la planificación de las intervenciones más adecuadas a sus necesidades.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de vida en los pacientes post-infarto egresados de cuatro UCIs de la ciudad de Cartagena.

## METODOLOGIA

### **Tipo de estudio**

El estudio fue de tipo descriptivo.

### **Población y muestra**

La población estuvo conformada por 100 pacientes, con diagnóstico de IAM, egresados de cuatro UCIs de la ciudad de Cartagena, que aceptaron participar en el estudio (Clínica Cartagena del Mar, Clínica Madre Bernarda, Hospital Bocagrande, Hospital Universitario del Caribe) durante el periodo comprendido de enero 2006 a diciembre del 2007.

### **Criterios de Inclusión**

Pacientes egresados de cuatro UCIs de la ciudad de Cartagena, con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio durante el periodo entre enero del 2006 a diciembre del 2007.

Mayores de 18 años de edad.

Ambos sexos

Que haya pasado por lo menos dos meses después de ocurrido el infarto.

Que vivieran en Cartagena y municipios aledaños como Turbaco, Turbana, Arjona.



**Instrumento**

Cuestionario de Salud SF-36., tipo likert, Versión española de SF-36v2™ estándar Health Survey © 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003 (14).

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

El sumario de salud física general está formado por las escalas de funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general y vitalidad. Y el sumario de salud mental general por las escalas salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental.

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36(15).

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas ≥ de 14 años de edad y preferentemente debe ser

autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica (16).

El tiempo de diligenciamiento fue de 5 a 10 minutos. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista (15).

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, se hicieron los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Para cada dimensión, los ítems fueron codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente. (17)

El análisis de la consistencia interna de la escala arrojó una buena confiabilidad en todas sus subescalas, con valores que oscilan en un rango de 0.74 a 0.93.

(Ver tabla 2) El grado de confiabilidad encontrado garantiza la correlación entre los ítems que evalúan y muestran la fiabilidad en los datos arrojado (18).

Aquellos valores por encima de 0,90 indican redundancia o duplicación de ítems, es decir, que por los menos un par de ítems miden exactamente el mismo aspecto de un constructo (19). En este caso se habla de la dimensión de rol físico y rol emocional las cuales poseen cuatro y tres ítems respectivamente que evalúan aspectos semejantes de las escalas a las cuales corresponde.

**Procedimiento: Abordaje de los participantes.** Una vez obtenido el permiso de la institución hospitalaria para realizar la investigación, se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de IAM, y se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión. Una vez seleccionados los pacientes, se les informó acerca del objetivo de la investigación y se les solicitó, por escrito, consentimiento informado para participar en el estudio. Así mismo, se les recordó que podrán retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideren. Una vez obtenido el consentimiento, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos y luego se procedió a la administración del instrumento a través de una entrevista personal.

**Análisis Estadístico.** El análisis se realizó en el programa Statistical Package for Social Science (SPSS) para Windows versión 10 versión de prueba Inc. ©, (20) Chicago, Illinois, USA. Para obtener las puntuaciones de los cuestionarios se creó una base de datos con las respuestas de los pacientes.

Se calcularon frecuencia, medidas de tendencia central, media, desviación típica, y consistencia interna con el Alfa de Cronbach para cada sub.-escala.

**Consideraciones Éticas.** Se solicitó la aprobación del comité de ética de la Universidad de Cartagena (facultad de enfermería) y se explicaron los objetivos del proyecto a los pacientes, se solicitó su aprobación para el uso de la información suministrada por ellos en forma confidencial y con fines investigativos mediante la firma del consentimiento informado previa explicación del mismo. Todo lo anterior amparado por la RESOLUCION N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Del mismo a través de esta resolución la investigación fue clasificada como *Investigación sin riesgo*, siendo este un estudio que empleo técnicas y métodos de investigación documental en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

## RESULTADOS

### Datos sociodemográficos.

En este estudio participaron 100 pacientes, de los cuales 52 fueron mujeres y 48 fueron varones, (ver grafica 1) la edad del grupo estuvo entre 33 y 91 años, con una media de 63.1 años y una desviación estándar (DE) de 13.2.

Respecto a la escolaridad, el 39% de los pacientes lograron cursar secundaria, 34% cursaron hasta estudios primarios, 17% eran profesionales, 6% tecnólogos y 4% eran iletrados.

La ocupación indico que un 35% se dedicaban a labores en casa, 25% eran pensionados, 17% poseían un trabajo independiente, 14% eran empleados y 9% carecían de empleo.

Referente al estado civil; 57% eran casados, 16% viudos, 13% convivían en unión libre, 10% separados y 4% solteros.

En la convivencia se encontró que, 60% vivía con su pareja, 38% con otros familiares, 1% vivía solo, y el 1% convivía con otros familiares.

### Calidad De Vida

En la valoración del índice global de la escala para la calidad de vida se encuentra que el 71% de la población estudiada obtuvo un porcentaje mayor de 50, lo que refleja un mejor estado de salud (mejor calidad de vida) y el 29% de



la misma presenta un puntaje menor de 50 considerándose deficiente estado de salud (peor calidad de vida).

El sumario que mide la salud física en general arrojó una media de 57, dando a conocer que solo el 54% de los pacientes tienen puntajes cercanos a 100 y el 46% más cercano a cero. Esto puede deberse a que después del infarto la capacidad cardíaca está mermada, aunque comúnmente se encuentra pacientes cuyos infartos son pequeños, por lo tanto el miocardio viable restante constituye la reserva que queda para la función cardíaca y el desempeño de las actividades físicas (21)

En el sumario que mide la salud mental general se halló una media de 65.3, reportándose un 74% de la población con puntajes cercanos a 100 y un 26% con un puntaje cercano a 0. Teniendo en cuenta que la percepción de salud es subjetiva, los participantes de este estudio consideraron que su salud general era buena, se sintieron vitales, tranquilos, y calmados, la mayor parte del tiempo siendo estos los aspectos que valora este sumario.

En cuanto al funcionamiento físico (FF) se obtuvo una media de 61, un porcentaje de 68% para una mejor F.F. reflejando que estos pacientes realizaban las actividades físicas sin ninguna limitación, como caminar subir escaleras agacharse y llevar a cabo acciones de auto-cuidado. El 32% restante si presentó algún grado de limitación al realizar las actividades anteriormente mencionadas.

El rol físico, sin embargo, arrojó una media de 40, adicionalmente expresa que el 59% de los pacientes tiene afectado este aspecto (ver tabla 1). Este se ve influenciado por la sobreprotección del entorno familiar y social que proveen al paciente, disminuyéndole a veces de forma excesiva, las actividades que este puede desempeñar generándose en la mayoría de los casos sentimiento de inutilidad. ( 22)

En lo referente al dolor corporal, se obtuvo una media de 56.2, así mismo mostró que un 53% de la población no presentó dolor ni limitación ante este, mientras que el otro 47% sí. Esto está relacionado con la subjetividad de la percepción del dolor y la variabilidad de persona a persona. Puede deberse además a la presencia de dolor torácico recurrente en algunos pacientes después del evento cardíaco (22).

La escala que mide la salud general indica que el 73% de los pacientes encuestados obtuvieron puntajes mayores de 50, revelando que ellos consideran su salud general como buena. Debiéndose en gran parte a la percepción de salud, que es de carácter individual y esta directamente relacionada con la función física de los pacientes. (13)

La escala que mide vitalidad presenta una media de 68.4, un porcentaje de 84% de los pacientes con puntuaciones mayor de 50, reflejando que la mayoría de las personas se sienten dinámicos y llenos de energía la mayor parte del día. Lo anterior es considerado relativo a la percepción de vitalidad en cada paciente.

En cuanto la escala que mide el funcionamiento social, su resultado fue el mas alto con una media de 73.8 lo que indica que llevan a cabo actividades sociales sin ninguna interferencia de problemas de tipo físicos o emocionales.

El rol emocional con una media de 56.6 indica que el 59% no presento problemas en sus actividades laborales y cotidianas debido a problemas emocionales mientras que el 41% si. En este último grupo de pacientes esto puede deberse a la presencia de sentimientos de inseguridad después del infarto, manifestada en ansiedad y temor a la ocurrencia de un nuevo evento coronario agudo al llevar acabo actividades diarias. (22).

La escala que mide la salud mental arrojo que el 22% de la población obtuvo puntajes por debajo de 50 mientras que el 78% mayor de 50 puntos, lo que indica que gran parte de la población refieren sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma buena parte del tiempo. (Ver tabla 1)





## DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que el índice de calidad de vida global no presenta deterioro significativo dado que el 71% de la población obtuvo una puntuación mayor de 50 y una media de 61.0, teniendo en cuenta que la escala tiene un recorrido desde 0 hasta 100, donde las puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente (17). Estos resultados son comparables con estudios previos como el de Gutiérrez y cols, quienes evaluaron la calidad de vida en este tipo de pacientes con otro instrumento (Q L de spitzer), encontrando una aceptable calidad de vida con una media de 7.3 en una escala de 0 a 10. (23); Hay diferentes respuestas que puede tener el paciente después del infarto, una de ella es la aceptación de lo sucedido y la disponibilidad racional de valerse de todos los recursos para recuperar la mejor salud posible, mejorando de esta manera su calidad de vida (24)

El sumario que evalúa la salud física general arrojó que un 54% de la población obtuvo una puntuación que indica mejor estado de salud en esta dimensión, y un 46% puntuó entre los valores que indican peor estado; datos similares con los de Gutiérrez y cols. en donde el 43% de la población presento reducción y/o alteración de la actividad física (23) Las manifestaciones del deterioro de la actividad física podrían explicarse debido a que el paciente puede llevar a cabo los denominados actos esenciales de la vida diaria,

(acostarse y levantarse de la cama), pero no es capaz de efectuar las actividades domesticas o cotidianas (ir de compras, cocinar, caminar) (21) siendo estas ultimas las que requieren mas gasto físico y por ende se presentan mas limitaciones a ejecutarla . El 54% restante no presenta afección debido a que algunas veces la gravedad de las repercusiones del IAM, dependen del tamaño de la zona afectada, es decir la cantidad del músculo cardiaco que dejo de funcionar, aunque normalmente la parte del miocardio que no ha sido afectada le permite al corazón realizar su función adecuadamente sin afectar el desarrollo de las actividades habituales de la persona (13)

En lo referente al sumario que evalúa la salud mental general, se hallo que el 74% de los individuos estudiados no presentaron deterioro en esta escala a diferencia del 26 % si que lo presento. Esto indica que el sumario que evalúa la salud mental general esta menos afectado que el de salud física general. Datos similares informaron Failde y col. en su estudio de calidad de vida tres meses después del infarto (7). Otros estudios revelan que el apoyo social dado principalmente por la familia aparece como una necesidad esencial del ser humano en épocas de crisis, lo que permite al paciente tener seguridad para su incorporación social y disminuir los sentimientos de preocupación (25), Esto guarda relación con el hecho que el 60% de los pacientes convivían con su pareja y el 38% con otros familiares.

En cuanto a la escala, que evalúa la función social, obtuvo una media de 73.8, reportando que el 85% de la población obtuvo un puntaje mayor de 50. Resultados similares a los encontrados por Failde. I y Soto M. en un estudio realizado a una población en similares condiciones encontrando que el puntaje mas alto lo presentaba la función social con una media de 80 (7). Este hecho es coherente con la adaptación a los procesos de desarrollo humano: el envejecimiento en muchas oportunidades permite que los mayores se adapten con el paso de los años a nuevas etapas y ciertas limitaciones, y adicionalmente el hecho de no estar trabajando al momento de sufrir el infarto, no produce cambios sustancial en las necesidades del individuo; por lo que la relación con amigos y familiares no se ve muy alterada después del evento cardiaco (26), teniendo en cuenta que en este estudio la edad promedio fue de 63.3 años con una DE de 13.2 por lo que la gran parte de la población fue adulto mayor. A esto se suma las características sociales de la región (región caribe) donde residen los participantes, que permiten una incorporación más rápida del paciente a las actividades cotidianas, laborales y de la familia extensa, a través de una red de apoyo social mejorando de esta manera la calidad de vida. (25)

A diferencia de la función social, el rol físico fue la escala que obtuvo menos puntuación con una media de 40.5, este resultado coincide con el obtenido por Brown y cols. en pacientes post infarto, quienes presentaron un deterioro en esta misma escala (8) lo anterior esta influenciado con la reducción del volumen de oxigeno máximo que depende del grado de limitación que



determine la afectación miocárdica del paciente después de ocurrido el infarto (21), alterando de forma negativa la capacidad funcional y de esta manera se limita la realización de actividades cotidianas; a esto se le suma la sobreprotección familiar, en donde la familia evita cualquier esfuerzo físico en el paciente.(23).

Un aporte importante de este estudio es mostrar que el rol físico se afecta en cierto grado después del infarto en la población estudiada, refiriéndose en este caso a problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a su salud física; lo que puede orientar el diseño de estrategias de intervención en el proceso de recuperación del paciente después de su egreso hospitalario, encaminada a rehabilitación cardíaca, y de este modo mejorar la calidad de vida de estos, en especial el rol físico.

El seguimiento de enfermería en la prevención secundaria y terciaria del paciente post- IAM, podría evitar deterioros en la calidad de vida, previniendo e identificando a tiempo los problemas encontrados en este estudio u otros que se pueda presentar, todo ello mejoraría el bienestar del paciente y su familia, por lo que se hace necesario la inclusión en las etapas de valoración y evaluación en el Proceso de Atención de Enfermería de un instrumento de medida de calidad de vida.

Este estudio al ser el primero ejecutado en la ciudad de Cartagena con esta población, proporciona bases científicas preliminares para que se lleven a cabo otras investigaciones que enriquezcan estos resultados, y funcionen como

parámetros para realizar intervenciones asistenciales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Sin embargo este estudio presenta la limitación de disponer una población relativamente pequeña lo cual dificulta la extrapolación de los resultados a la población en general de pacientes postinfarto y la no asociación de las variables sociodemográficos y clínicas con la calidad de vida de los pacientes.

Se concluye que el índice global de calidad de vida general de los pacientes postinfarto estudiados no esta representativamente afectado, mostrando que la la salud mental general es mejor en comparación a la salud física general.

La escala que evalúa el rol físico fue la mas afectada, reflejando dificultades a nivel laboral y en la realización de actividades cotidianas en estos pacientes.

También se puede concluir que el SF 36 es un instrumento confiable, y puede ser implementado en nuestro medio y en esta población.

Se recomienda que se realicen estudios de tipo asociativo en donde se pueda determinar los factores sociodemográficos y/o clínicos y su relación con el deterioro la calidad de vida postinfarto, con una muestra significativa que permita extrapolar los resultados y que además se puedan dividir en sub-grupos de acuerdo a la situación clínica de los pacientes.

### REFERENCIAS

1. Mortalidad Global en Colombia 2004. Disponible en: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)  
Consultado Octubre 2007.
  
- 2 Kriskovich J. Rehabilitación en el enfermo coronario. Revista del Conarec, 2003; Vol. 19 - nº 69.
  
3. Douglas M. How many people have had a myocardial infarction? Prevalence estimated using historical hospital data. BMC Public Health 2007, 7:174doi:10.1186-1471.
  
4. Isaza D, Bohorquez R. Clínicas Colombianas de Cardiología. I Consenso Nacional para la prevención, diagnóstico y tratamiento del infarto agudo del miocardio. Bogotá: Sociedad Colombiana de Cardiología 1999; 2(3):220-50.
  
5. Alcaldía Mayor De Cartagena de Indias. Mortalidad En Cartagena de Indias. 2007-05-15. Consultado el 2007-11-20. Disponible en: <http://www.alcaldiadecartagena.gov.co/servlet/noticias>
  
6. Arango J, Nassif M , Narvaez JV, Rentaría M , Rivas LF. Enfermedad coronaria angina estable e inestable. Proyecto ISS – ASCOFAME. 1997. disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/angina>



7. Ifailde I, Soto M, Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome, Published online 2006 January 27. doi: 10.1186/1471-2458
8. Brown N, Melville M, Gray D, Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. Heart 1999; 81: 352-8.
9. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. J Psychosom Med 2001 Mar-Apr ;63(2):221-30
- 10 . Van Jaarsveld C, Sanderman R, Miedema I, Ranchor AV, Kempen GI. Changes in Health-Related Quality of Life in Older Patients with Acute Myocardial Infarction or Congestive Heart Failure: A Prospective Study. J Geriatr Soc. 2001; 49(8):1052-58.
11. Barbudo E., Leira M. Cardiología, El paciente con Cardiopatía isquémica, 2007, MSD, Rev. El medico. Disponible en: [www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com).
12. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud Como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Soc. Esp. del Dolor, Diciembre 2004; Vol. 11, N.º 8.

13. Gala F.C, Lupiani M., Guillén C, Gómez A. Intervención cognitivo-conductual en pacientes post-infarto de miocardio. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 2001. España Nº 58 / 59 Pág. 5-6
- 14 Adía X, Salamero M, Alonso J, y col. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. Primera ed. 1996 Barcelona: PPU, S.A.,.
15. Domingo-Salvany A, Lamarca R, Ferrer M, García-Aymerich J, Alonso J, Felez M, y col. Health-related quality of life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:680-5.
16. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
17. Vilagut. G, Ferrer M y cols. El Cuestionario de Salud SF-36 español, Gac Sanit v.19 n.2 Barcelona mar.-abr. 2005.
18. Rubio-Stipec M, Hicks MHR, Tsuang MT y cols. Cultural factors influencing the selection, use, and interpretation of psychiatric measures. Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association; 2002
19. Jaju A, Crask MR. The perfect design: optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. Am Market Assoc 1999; 10: 127-31.



20. Ramos C, Análisis Estadístico con SPSS, disponible en E:\investigacion\cuestionario puntuacion\Análisis Estadístico con SPSS.htm.
- 21 Rey J, Perez E. Cardiopatía isquémica infarto de miocardio, servicio de cardiología. Hospital general universitario Gregorio Marañón, Madrid. Disponible en: <http://www.scob.intramed.net>.
- 22 Roebuck A , furze G y cols. Health-related quality of life alter myocardical infarction: an interview study, journal of advanced nursing, 2001, 34(6), 787- 794. England,
- 23 Gutiérrez T, Lator J, Efecto de los factores sociales sobre la calidad de vida de los supervivientes de un infarto de miocardio. Medicina clínica, 1994, España, vol 103 nº 20; Pág. 766-69,
- 24 Mas K García, A. Factores psicosociales que inciden en la rehabilitación del enfermo cardíaco, publicaciones de cardiología Rev. Port. Med. 1999
25. Jiménez M, Gomez C y cols. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. Rev. Esp Cardiol 1999.

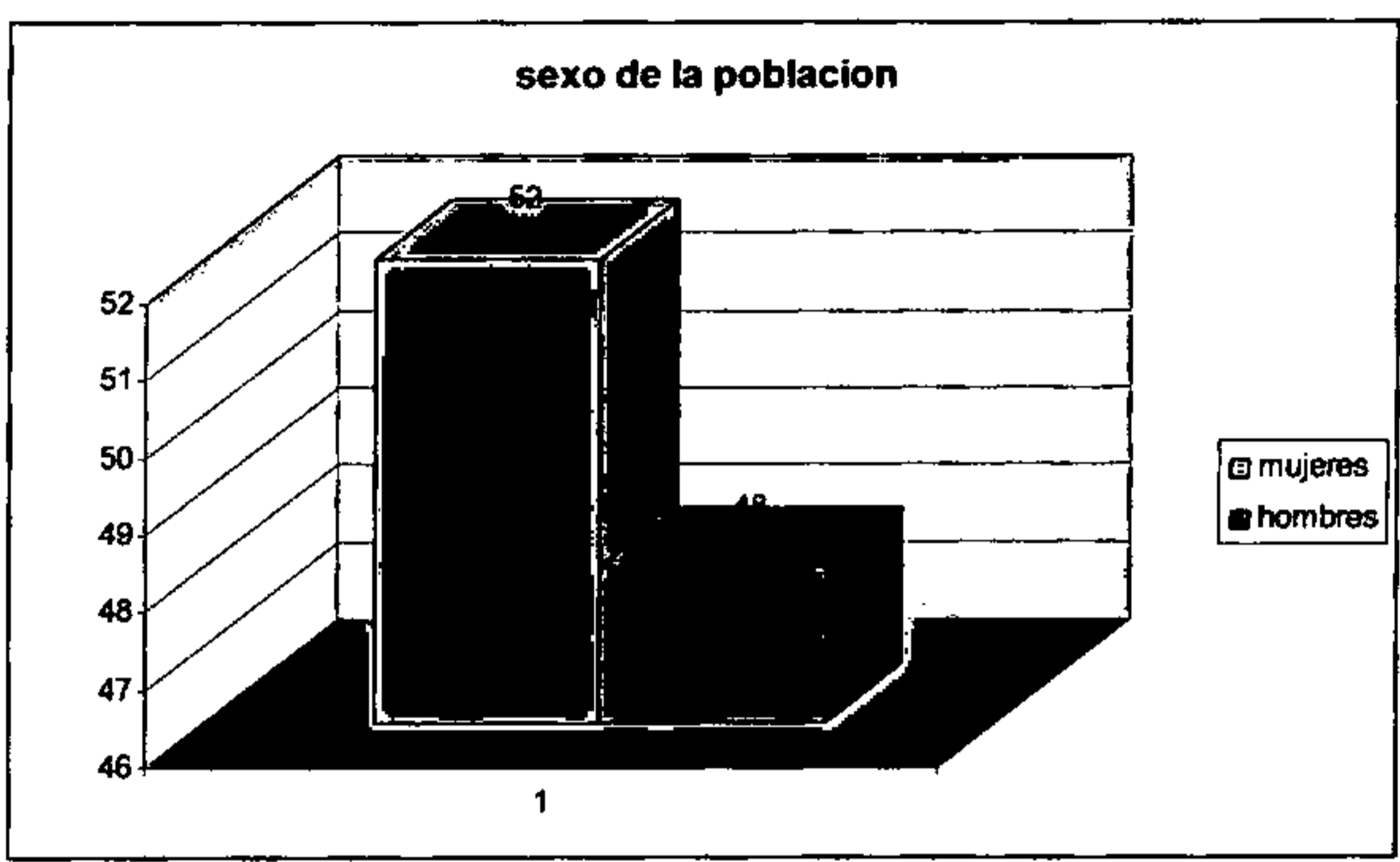


26. Abreu A, Arenas F, Rojas M, Rodriguez M. Calidad de los pacientes post infarto de miocardio. Diferencia según la edad, rev. Intemacional para el cuidado del paciente critico, 2003, Vol. 3 nº 2 Pág. 35

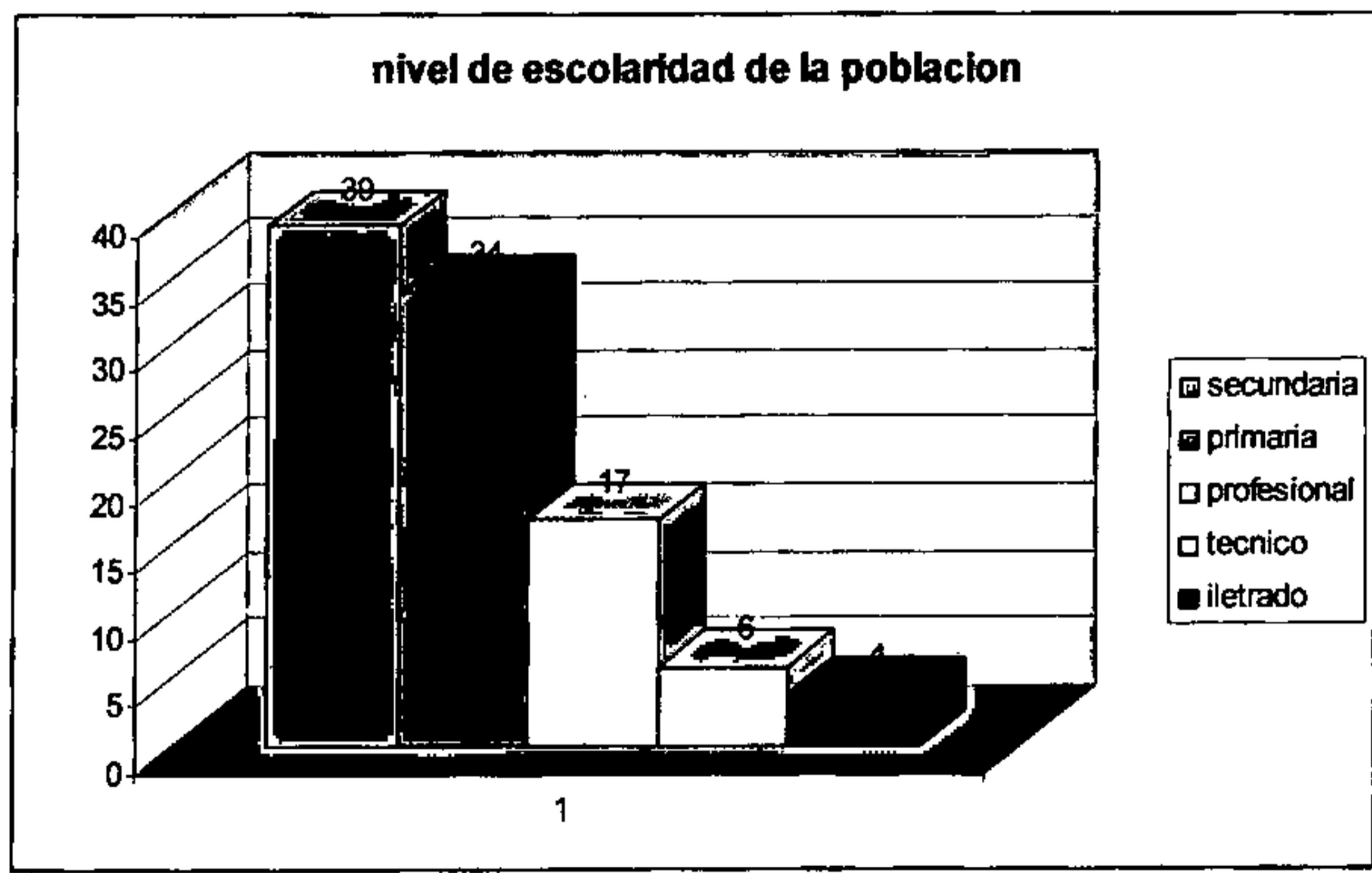
# ANEXOS

### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

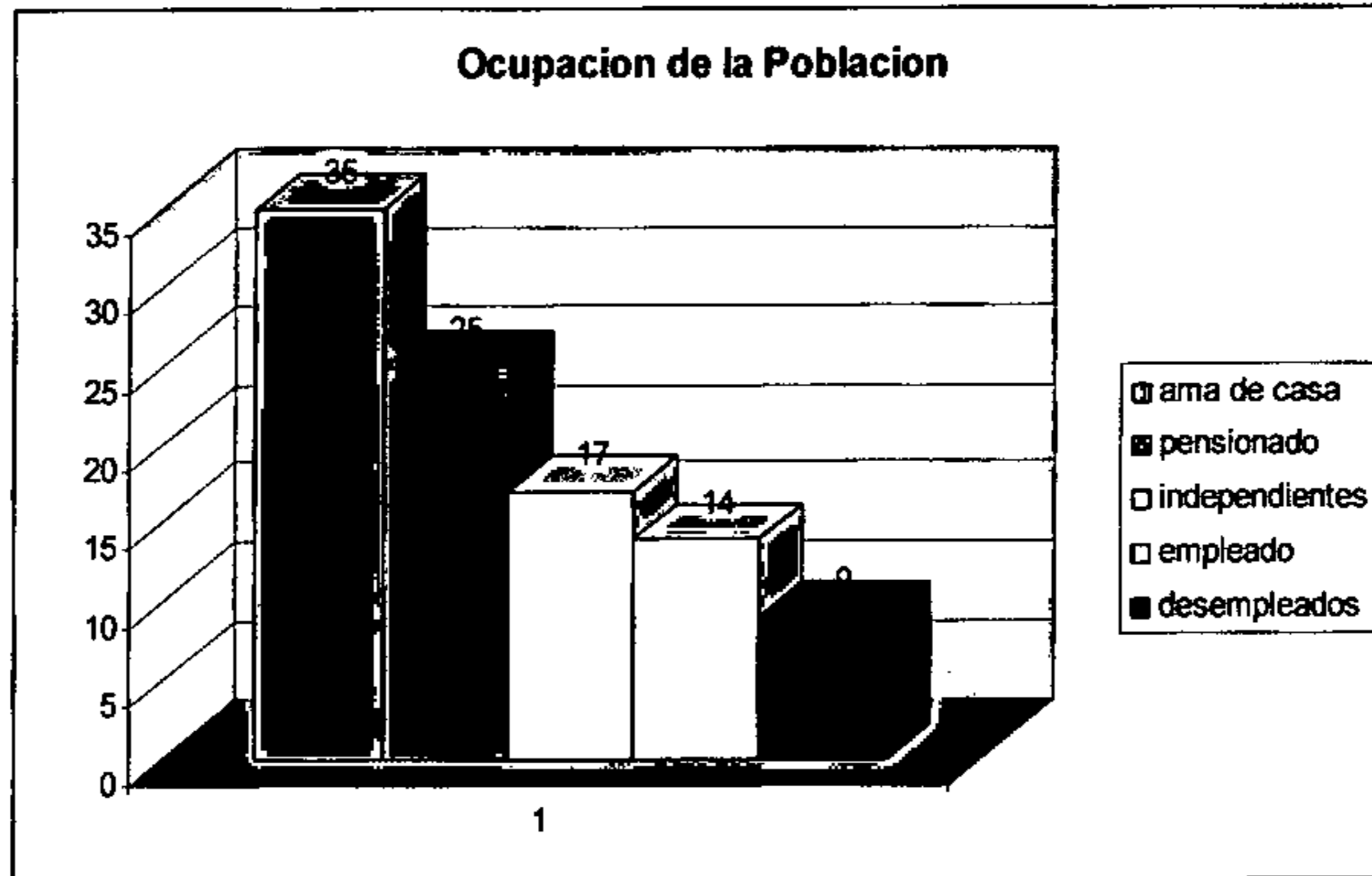
Grafica 1.



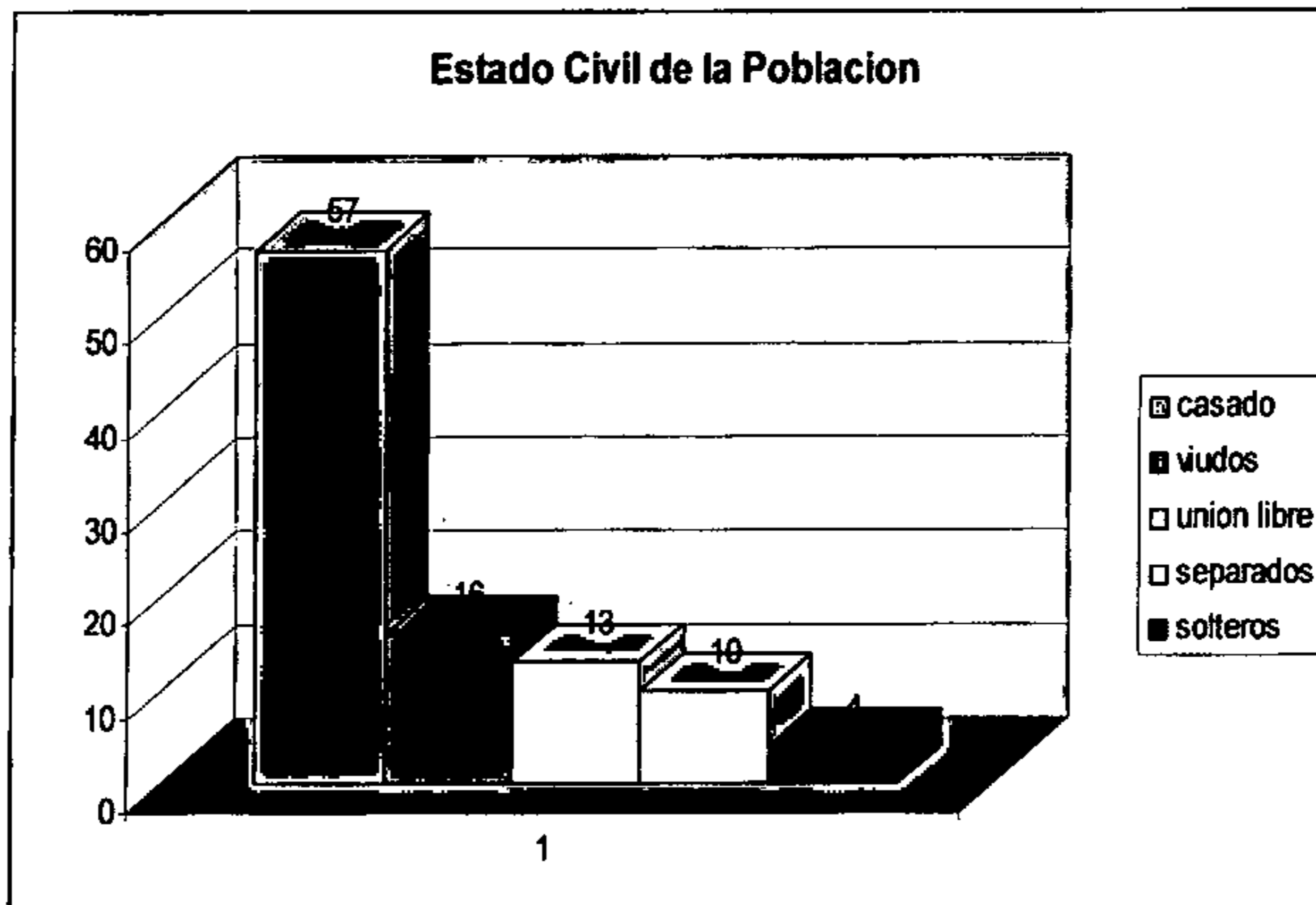
Grafica 2.



Grafica 3.



Grafica 4.



Grafica 5

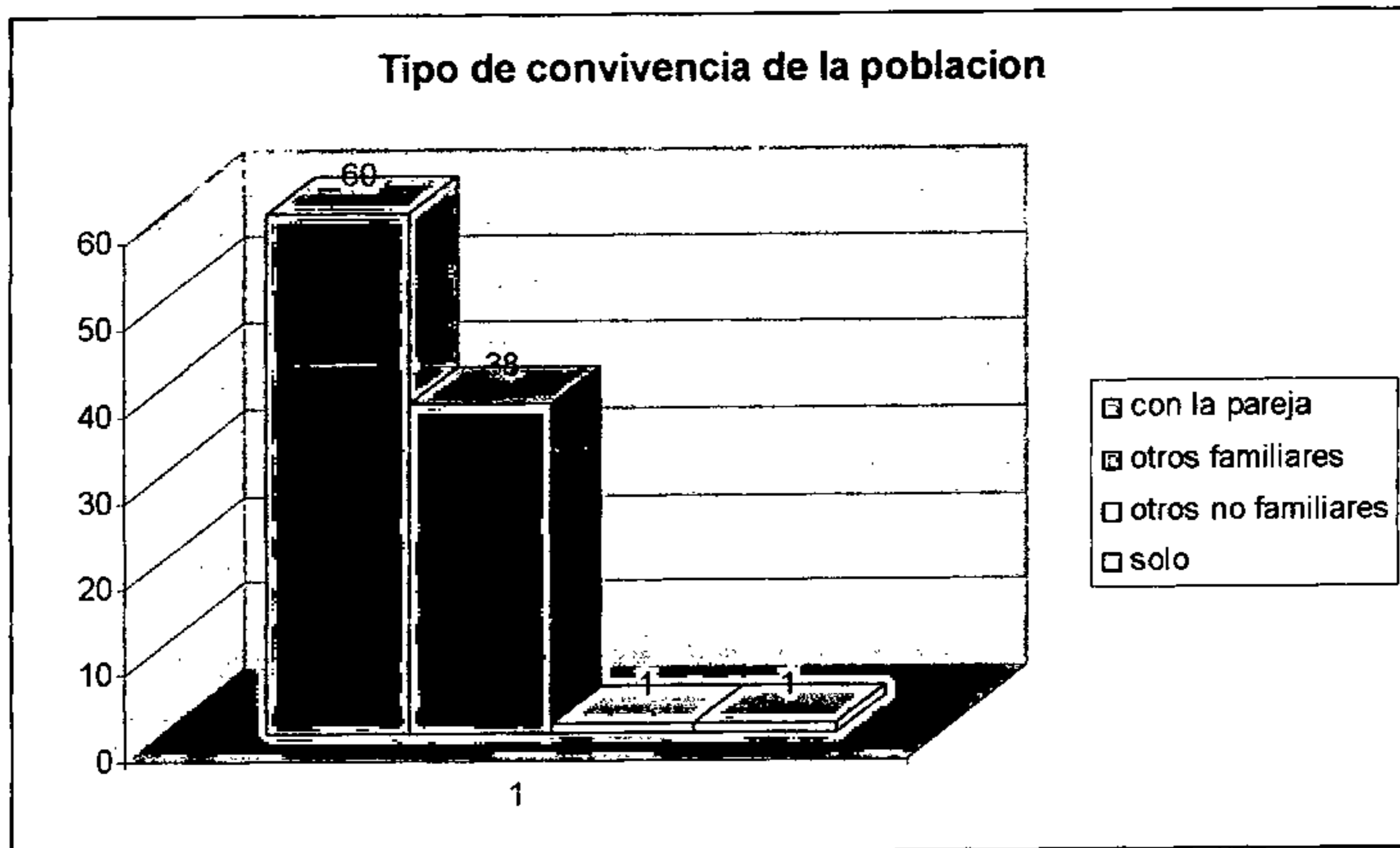


Tabla 1

**Niveles de calidad de vida por escalas.**

<b>Subescala</b>	<b>Alta*(%)</b>	<b>Baja** (%)</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Funcionamiento físico	68	32	61,60	27,68
Rol físico	41	59	40,50	44,63
Dolor	53	47	56,25	29,26
Salud general	73	27	58,25	19,99
Vitalidad	84	16	68,45	20,78
Funcionamiento social	86	14	73,87	27,6
Rol emocional	59	41	56,66	46,29
Salud mental	78	22	72,52	21,36
Salud física general	54	46	57.01	9.36
Salud mental general	74	26	65.32	9.12
Total	71	29	61,0	10,8

\* Se califica alta para puntuaciones entre 50 a 100

\*\*se califica baja con puntuaciones de 50 a 0

DE: Desviación estándar

Tabla 2.

**Consistencia Interna de las escalas Sf-36**

<b>Subescala</b>	<b>Número de ítems</b>	<b>alfa</b>
Funcionamiento físico	10	0,90
Rol físico	4	0,93
Dolor	2	0,83
Salud general	5	0,74
Vitalidad	4	0,82
Funcionamiento social	2	0,75
Rol emocional	3	0,92
Salud mental	5	0,88

El ítem 2 no hace parte de ninguna subescala.





### TABLA DE FRECUENCIA

Tabla 3  
Función física

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes ,00	3	3,0	3,0	3,0
5,00	1	1,0	1,0	4,0
10,00	3	3,0	3,0	7,0
15,00	2	2,0	2,0	9,0
20,00	1	1,0	1,0	10,0
25,00	1	1,0	1,0	11,0
30,00	4	4,0	4,0	15,0
35,00	7	7,0	7,0	22,0
40,00	3	3,0	3,0	25,0
45,00	7	7,0	7,0	32,0
50,00	3	3,0	3,0	35,0
55,00	6	6,0	6,0	41,0
60,00	9	9,0	9,0	50,0
65,00	4	4,0	4,0	54,0
70,00	6	6,0	6,0	60,0
75,00	7	7,0	7,0	67,0
80,00	3	3,0	3,0	70,0
85,00	8	8,0	8,0	78,0
90,00	4	4,0	4,0	82,0
95,00	11	11,0	11,0	93,0
100,00	7	7,0	7,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabla 4

**Rol Físico**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes ,00	47	47,0	47,0	47,0
25,00	12	12,0	12,0	59,0
50,00	4	4,0	4,0	63,0
75,00	6	6,0	6,0	69,0
100,00	31	31,0	31,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabla 5

**Dolor corporal**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes ,00	4	4,0	4,0	4,0
10,00	1	1,0	1,0	5,0
12,50	2	2,0	2,0	7,0
22,50	11	11,0	11,0	18,0
25,00	3	3,0	3,0	21,0
32,50	6	6,0	6,0	27,0
35,00	4	4,0	4,0	31,0
42,50	1	1,0	1,0	32,0
45,00	11	11,0	11,0	43,0
47,50	4	4,0	4,0	47,0
52,50	1	1,0	1,0	48,0
55,00	3	3,0	3,0	51,0
57,50	7	7,0	7,0	58,0
60,00	1	1,0	1,0	59,0
65,00	1	1,0	1,0	60,0
67,50	7	7,0	7,0	67,0
70,00	3	3,0	3,0	70,0
77,50	2	2,0	2,0	72,0
80,00	6	6,0	6,0	78,0
87,50	3	3,0	3,0	81,0
90,00	2	2,0	2,0	83,0
100,00	17	17,0	17,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabla 6  
Salud general

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes 5,00	3	3,0	3,0	3,0
25,00	3	3,0	3,0	6,0
30,00	5	5,0	5,0	11,0
35,00	6	6,0	6,0	17,0
40,00	6	6,0	6,0	23,0
45,00	4	4,0	4,0	27,0
50,00	5	5,0	5,0	32,0
55,00	14	14,0	14,0	46,0
60,00	9	9,0	9,0	55,0
65,00	12	12,0	12,0	67,0
70,00	8	8,0	8,0	75,0
75,00	8	8,0	8,0	83,0
80,00	7	7,0	7,0	90,0
85,00	5	5,0	5,0	95,0
90,00	3	3,0	3,0	98,0
100,00	2	2,0	2,0	100,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



Tabla 7

**Vitalidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes	15,00	3	3,0	3,0	3,0
	30,00	2	2,0	2,0	5,0
	35,00	1	1,0	1,0	6,0
	40,00	6	6,0	6,0	12,0
	45,00	4	4,0	4,0	16,0
	50,00	9	9,0	9,0	25,0
	55,00	7	7,0	7,0	32,0
	60,00	8	8,0	8,0	40,0
	65,00	3	3,0	3,0	43,0
	70,00	7	7,0	7,0	50,0
	75,00	7	7,0	7,0	57,0
	80,00	14	14,0	14,0	71,0
	85,00	13	13,0	13,0	84,0
	90,00	5	5,0	5,0	89,0
	95,00	3	3,0	3,0	92,0
	100,00	8	8,0	8,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 8  
**Función social**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes	,00	2	2,0	2,0	2,0
	12,50	3	3,0	3,0	5,0
	25,00	4	4,0	4,0	9,0
	37,50	5	5,0	5,0	14,0
	50,00	13	13,0	13,0	27,0
	62,50	12	12,0	12,0	39,0
	75,00	13	13,0	13,0	52,0
	87,50	9	9,0	9,0	61,0
	100,00	39	39,0	39,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 9  
Rol emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes ,00	37	37,0	37,0	37,0
33,33	4	4,0	4,0	41,0
66,67	11	11,0	11,0	52,0
100,00	48	48,0	48,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabla 10  
Salud mental

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntajes 24,00	2	2,0	2,0	2,0
32,00	3	3,0	3,0	5,0
40,00	5	5,0	5,0	10,0
44,00	2	2,0	2,0	12,0
48,00	10	10,0	10,0	22,0
52,00	4	4,0	4,0	26,0
56,00	2	2,0	2,0	28,0
60,00	4	4,0	4,0	32,0
64,00	6	6,0	6,0	38,0
68,00	3	3,0	3,0	41,0
72,00	6	6,0	6,0	47,0
76,00	6	6,0	6,0	53,0
80,00	4	4,0	4,0	57,0
84,00	10	10,0	10,0	67,0
88,00	4	4,0	4,0	71,0
92,00	9	9,0	9,0	80,0
96,00	9	9,0	9,0	89,0
100,00	11	11,0	11,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

