

Artículo Original

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES FEMENINOS CON INFARTO AL MIOCARDIO

QUALITY LIFE IN FEMALE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Vidal Pino María Eugenia ¹, Acevedo Herrera Yannelis Alejandra ¹, Medrano Rommel ², Nastasi Miranda José Antonio ²

Artículo recibido: 10-09-2017

Artículo aceptado: 16-1-2018

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar la calidad de vida de pacientes de sexo femenino con Infarto al Miocardio que acuden a la consulta de cardiología del hospital “Dr. Julio Criollo Rivas” durante el segundo semestre de 2015. El estudio fue de tipo descriptivo con un diseño transversal y de campo, la muestra estuvo constituida por 16 pacientes de

sexo femenino, de edad comprendida entre 40 y 60 años que asisten a la consulta de dicho Hospital. Se analizaron los datos obtenidos a través del Cuestionario de Salud SF-36 y Método de Graffar. Los resultados evidencian que: según la edad de las pacientes se observa que el 50,00% está conformado por el grupo etario de 56-60 años, Según el estrato socioeconómico se obtiene que 62,50% de la muestra en estudio estuvo constituida por la Clase Obrera. Al evaluar la salud actual comparado con la de hace un año en opinión de los pacientes el 31,25% considera que su salud actual es

1 Licenciada en enfermería, Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela

2 Licenciado en enfermería, Docente. Escuela de Ciencias de la Salud, UDO-Bolívar. Estado Bolívar, Venezuela.

mucho mejor ahora, 31,25% considera que su salud actual es algo mejor ahora que hace un año. En relación a la Calidad de Vida se muestra que 50,00% corresponde al grupo etario de 56-60 años con un mejor estado de salud. El total de las pacientes tiene un mejor estado de salud, el estrato socioeconómico no influye en la Calidad de Vida de éstas, se ratifican los beneficios de una buena Calidad de Vida y de la Rehabilitación Cardíaca en estos pacientes.

Palabras Clave: Calidad de Vida, Infarto Agudo al Miocardio, Mujeres

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the quality of life of female patients with Myocardial Infarction who attend the cardiology clinic of the "Dr. Julio Criollo Rivas "during the second semester of 2015. The study was of a descriptive type with a transversal and field design, the sample consisted of 16 female patients, aged between 40 and 60 years attending the consultation of said Hospital. The data

obtained through the SF-36 Health Questionnaire and the Graffar Method were analyzed. The results show that: according to the age of the patients, it is observed that 50.00% is made up of the age group of 56-60 years. According to the socioeconomic stratum, 62.50% of the study sample was constituted by the working class. In assessing current health compared to a year ago in the opinion of patients 31.25% believes that their current health is much better now, 31.25% believes that their current health is somewhat better now than a year ago. In relation to Quality of Life, it is shown that 50.00% corresponds to the age group of 56-60 years with a better state of health. The total of the patients has a better state of health, the socioeconomic stratum does not influence the Quality of Life of these, the benefits of a good Quality of Life and of the Cardiac Rehabilitation in these patients are ratified.

Keywords: Quality of Life, Acute Myocardial Infarction, female

INTRODUCCION

Cuando se consulta la historia de principios del siglo XVIII y se conocen las condiciones en las cuales vivía la población de Inglaterra, Francia, España y Portugal, una de las primeras reflexiones que se hace gira en torno a la baja calidad de vida de tales sociedades. En el siglo XIX, comenzaron a evidenciarse ciertos cambios en esas condiciones; entre ellos, el más conspicuo fue la disminución de los niveles de mortalidad gracias, a los avances médicos y al incremento en la disponibilidad de alimentos. No obstante, la rápida y progresiva concentración de población en las ciudades abrió un nuevo mundo de precarias condiciones de subsistencia, que permite suponer que el tema de la calidad de vida ha debido ser centro de discusión en las políticas públicas, por referirse a la condición o conjunto de condiciones en las cuales vive una sociedad, que van a influir de forma determinante en la condición de salud de la persona ¹.

Un problema de salud que se ha constituido en causa de

morbimortalidad en muchos países son las enfermedades cardiovasculares (ECV) y dentro de estas, el Infarto Agudo de Miocardio (IAM). A inicio del siglo XX, estas provocaban menos del 10% de todas las muertes en el mundo, y en el presente siglo, son las responsables de casi la mitad de los decesos en los países desarrollados, así como del 25% en los países en vías de desarrollo ².

La enfermedad coronaria (EC) es la primera causa de muerte a nivel mundial entre hombres y mujeres, y también la primera causa de incapacidad física, particularmente en ancianos. En Colombia, cerca de cinco personas presentan un evento coronario por hora, y al día ocurren 45 muertes relacionadas con enfermedad coronaria ³. EC aporta 30% de las causas de muerte y por lo menos la mitad de ésta corresponde a IAM. En los últimos 25 años la mortalidad atribuida a esta enfermedad se redujo en 47%, cifra ajustada a la edad. En Cartagena el IAM fue la segunda causa de muerte, con 331 defunciones en 2006 ³.

En Venezuela, la tasa de mortalidad por esta entidad, IAM, se mantiene en ascenso desde el año 1959; las enfermedades cardiovasculares constituyen la segunda causa de muerte después de las muertes violentas, y la primera causa de muerte general, sumando en conjunto con los accidentes cerebrovasculares, el 29,6% de la mortalidad por todas las causas en 1993, al año siguiente, de un total de 98941 muertes, el 26,2% fueron causadas por enfermedades del corazón; y en la actualidad, una de cada tres muertes en Venezuela tiene relación con el aparato cardiovascular ⁴.

El infarto de miocardio (IM) es probablemente el paradigma de la enfermedad aguda y grave, al menos desde el punto de vista de la población general. Es frecuente su aparición en pacientes sin historia previa de cardiopatía, por lo que el individuo percibe un cambio brusco de la salud a la enfermedad. Esto supone una situación de ansiedad, incertidumbre y miedo, en la que el paciente de repente se encuentra en una experiencia cercana a la muerte, tanto

por la severidad y la percepción de los síntomas como por el contenido psicológico del diagnóstico. Todo el mundo está familiarizado con la gravedad del infarto, con las graves secuelas por esta enfermedad o la muerte, pero generalmente esos conocimientos no son concretos ni realistas ⁵, y se fundamentan en aspectos de orden cultural que condicionan su concepción de la salud.

El concepto de salud está basado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, con los valores positivos y negativos que afectan la vida, nuestra función social y la percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son

elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad ⁶.

Durante mucho tiempo el pronóstico a largo plazo de la cardiopatía isquémica, y en concreto del Infarto de miocardio, se ha medido en términos de mortalidad, morbilidad, función ventricular o grado funcional, entre otros. Hoy día se considera necesario que además deben realizarse medidas que evalúen la dependencia, incapacidad, felicidad, relación con el entorno, es decir, medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Como han apuntado diversos autores, es preciso realizar un seguimiento interdisciplinar a los pacientes tras un infarto de miocardio, tan pronto como sea posible, con objeto de promover en ellos la recuperación y mejorar su calidad de vida ⁷.

La consideración de factores multidimensionales indica un enfoque en la calidad de vida y las alteraciones en el bienestar. Su naturaleza subjetiva desafía la capacidad de los profesionales de la salud para medir

su propia efectividad. Algunos pacientes pueden tolerar una discapacidad grave y aún sentirse afortunados de recibir una terapia, mientras otros se muestran totalmente insatisfechos con una disfunción mínima. Por consiguiente, la calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que ésta es. La percepción de la enfermedad incluye mucho más que la discapacidad física; algunas personas son incapaces de expresar sus valores o definir la calidad de vida sin un poco de ayuda en el proceso de clarificación de valores. No existe un estándar dorado para medirla, cada situación supone inquietudes únicas ⁸.

El IAM consiste en la necrosis de los miocitos que tiene como consecuencia una isquemia miocárdica aguda causada por la oclusión completa de una arteria coronaria. Entre los factores que lo precipitan se incluyen el agotamiento físico, el estrés emocional y pérdida sanguínea asociada a una intervención quirúrgica. Suelen producirse más infartos de miocardio por la mañana que en otras horas del día, el

diagnóstico del infarto agudo de miocardio está basado en síntomas de isquemia miocárdica, indicios Electrocardiográficos (ECG) y determinación de la presencia de enzimas cardíacas en la sangre (evidencia de necrosis miocitaria), el infarto de miocardio puede implicar más de un área de forma simultánea, así mismo puede darse la coexistencia de dos o más infartos, algunos agudos y otros crónicos ⁹.

El IM es la consecuencia de una embolia o de una trombosis de las arterias coronarias. En general se debe a una arteritis crónica con ateroma de las coronarias que puede o no coexistir con ateroma de la aorta o de otras arterias viscerales (cerebro, riñón, etc.) ¹⁰. En el Infarto subendocárdico, se observa un descenso permanente del segmento ST, este diagnóstico no es fácil, debe basarse en la historia clínica y el resultado de otras exploraciones complementarias como la elevación de la creatincinasa (CK) – MB masa y troponina, a su vez existe el infarto subepicárdico, en este caso la zona necrótica se localiza en el miocardio

más superficial produciendo una disminución en la altura de la onda R, en el infarto intramural se ve afectado el espesor de la pared ventricular, origina una onda Q, en el infarto transmural se afecta toda la pared ventricular que registra una onda negativa única (complejo QS) ¹¹.

Los signos de isquemia, lesión y necrosis, son más o menos evidentes en función del tiempo de evolución del infarto, desde un punto de vista ECG se distinguen cuatro fases evolutivas del infarto de miocardio, infarto agudo en fase aguda, predominan los signos de lesión produciendo elevación del segmento ST, infarto agudo evolucionado, pasadas las 24 horas se hace evidente signos de isquemia y necrosis y aparece la onda Q, infarto en regresión, desaparecen los signos de lesión y el segmento ST vuelve a la línea isoeletrica por lo tanto en el ECG se detecta onda Q patológica, segmento ST isoeletrico e inversión de la onda T, y por último el infarto antiguo, el único signo que puede quedar indeleble durante toda la vida del paciente es la onda Q patológica ⁽¹¹⁾.

El tratamiento actual incluye una inmediata reperfusión de la arteria obstruida utilizando agentes trombolíticos y/o Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP) si es posible. Estos procedimientos recuperan el miocardio y pueden reducir el tamaño del infarto, pero la reperfusión del área isquémica puede causar una necrosis acelerada del miocito (lesión por reperfusión) o una anomalía de la contracción postisquémica prolongada (miocardio confuso). El síntoma más frecuente de infarto de miocardio es la molestia precordial, aunque algunos pacientes experimentan infartos indoloros (infarto de miocardio silente) el dolor suele ser intenso pero se pueden experimentar molestias de todas las intensidades, otros síntomas habituales son las molestias gastrointestinales y la diaforesis⁹.

El tratamiento del ataque agudo consiste en la utilización de diferentes tipos de fármacos con diferentes finalidades, fármacos para limitar la extensión del infarto, fármacos trombolíticos como la Treptoquinasa, Uroquinasa y Alteplasa que disuelven

los trombos, analgésicos opioides reducen el dolor y la actividad del sistema nervioso autónomo simpático, tienen efectos vasodilatadores y disminuyen la carga cardíaca, diuréticos se utilizan para tratar algunos pacientes la insuficiencia cardíaca izquierda, antieméticos los pacientes que padecen un infarto tienen náuseas y vómitos que hay que tratar, también hay que tener en cuenta que la administración de opioides producen náuseas y vómitos, el tratamiento va dirigido a las posibles arritmias, insuficiencia cardíaca¹².

La prevención pasa por reducir o eliminar los factores de riesgo responsables de la formación de placas de ateroma en las arterias coronarias entre otros. Por ejemplo, reducción de la presión arterial, reducción de los niveles de lípidos plasmáticos, tratamiento adecuado de la diabetes mellitus, eliminación del tabaco, realización de ejercicios. Algunos de los fármacos utilizados aumentan la tolerancia al ejercicio de los pacientes con angina, sin embargo, otros fármacos como los betabloqueantes o los antagonistas de

los canales de calcio disminuyen la respuesta cardíaca al ejercicio, también hay que tener en cuenta que todos los fármacos utilizados en la angina de pecho pueden producir hipotensión ¹².

En 1964, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Rehabilitación Cardíaca (RC) como el “conjunto de actividades necesarias para asegurar a los enfermos del corazón, una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar normal en la sociedad”. Entre tanto, la Sociedad Colombiana de Cardiología define la rehabilitación cardíaca como un conjunto de actividades necesarias para que el paciente cardiovascular tenga un proceso de reacondicionamiento gradual que le permita alcanzar y mantener una funcionalidad óptima desde los puntos de vista físico, mental y social, por medio de las cuales pueda reintegrarse a la sociedad y a su actividad laboral ⁽¹³⁾.

La RC es definida por diferentes entes, los cuales proponen unos objetivos en

común, entre los cuales se destaca el ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y a mejorar su calidad de vida genera, tanto en el aspecto físico como en los aspectos social y psicológico, logrando así una estabilidad psicoemocional y una rápida reincorporación socio-laboral. La Rehabilitación Cardíaca es considerada una terapia claramente beneficiosa que garantiza un notable progreso de la calidad de vida del paciente y que permite en la mayoría de los casos recuperar una vida completamente normal; ayudándolos a recuperar un rol activo dentro de la sociedad ⁽¹⁴⁾.

Algunos pacientes que han sufrido un infarto ven problemas irresolubles y muestran síntomas de indefensión aprendida, de tal manera que perciben que no pueden hacer nada para controlar la situación. En este sentido hay estudios que demuestran que la autoeficacia facilita la adhesión al tratamiento y contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes postinfarto y a una recuperación más rápida ⁷.

El término Calidad de Vida (CV) es un constructo, un término teórico que no es directamente observable y su aplicación y estudio es diferente para sociólogos, filósofos, economistas, psicólogos o profesionales de la salud. Todas y cada una de estas disciplinas han abordado el estudio de la calidad de vida como objeto de investigación o como indicador de resultados, y si bien cada una de ellas ha ofrecido interesantes aportaciones a su entendimiento, también han colaborado a que el concepto carezca de una definición clara y operativa. Así, ha evolucionado desde una concepción puramente sociológica, en la que se primaban los aspectos objetivos del «nivel de vida», hasta la actual perspectiva psicosocial en la que los aspectos subjetivos del bienestar, acorde con la definición de salud de la OMS (1948), adquieren especial relevancia ¹⁵.

El término CV es primordial hoy en día tanto en medicina como en las ciencias sociales. La mejora en la CV de los pacientes es un aspecto fundamental en la medicina moderna y de la RC en particular. Ella devuelve al

paciente la capacidad para realizar todas sus actividades, pero lo más importante es que el paciente se sienta satisfecho de los logros alcanzados. Resulta obvio que el paciente realiza su propia evaluación de la enfermedad coronaria, lo cual involucra el conocimiento de la misma, la evolución, complicaciones probables y, la toma de los medicamentos indicados por el cardiólogo ¹⁶.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es, pues, el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Esta utilización básica del concepto se inició en EE.UU con la confluencia de dos líneas de investigación: la investigación clínica de la medición del «estado funcional» y de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental. La literatura apoya la idea de la CVRS como constructo multidimensional ¹⁷.

Algunas investigaciones dan cuenta del impacto del estudio de la CV en los pacientes, para poder evaluar los resultados del cuidado y saber si los recursos son aprovechados, si las acciones emprendidas se están realizando según lo planeado y si están provocando los cambios deseados en las dimensiones de calidad de vida que constituyen el proyecto o programa de salud ¹⁴.

Para evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes Postinfarto Agudo de Miocardio a 50 pacientes que egresaron del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz en Cúcuta, Colombia en el periodo de diciembre de 2006 y junio de 2007, la población estuvo conformada por los pacientes post infarto, se utilizó una entrevista estructurada y el cuestionario de salud SF-36 los resultados arrojaron que con respecto a la CVRS de la población, 41 (82%) de los 50 pacientes participantes tienen una percepción de peor calidad de vida con una tasa de 0.82 ¹⁸.

En un estudio de tipo descriptivo, cuyo objetivo es determinar la percepción de CV y factores relacionados durante el primer semestre del 2014, en pacientes que sufrieron un IAM durante el periodo Julio 2012 - Junio 2013, residentes en Valdivia. La muestra es de 33 pacientes evaluados a través del SF-36 y una encuesta sociodemográfica de confección propia, el 42,4% percibe una mala salud física, el 48,5% percibe una mala salud mental, luego de más de un año del IAM. También se demostró que existía una asociación estadística significativa entre la percepción de salud física y sexo. El sexo femenino percibe con mayor frecuencia una mala salud física >1 año de haber sufrido un IAM. ⁽¹⁹⁾.

La mujer en los últimos años presenta altos niveles de estrés dado que cumple diversos roles como el de madre, esposa, el rol laboral, abuela, en algunos casos divorciadas, esto demanda un gran esfuerzo físico, mental y social adoptando un estilo de vida agitado y en muchos casos estas circunstancias inducen a la mujer a tomar hábitos perjudiciales para su

salud como lo son el consumo de tabaco, una ingesta de alimento ricos en grasa, sedentarismo, presentándose también ansiedad e insomnio de tal modo que su estilo de vida sufre cambios inhibiendo el bienestar, dada esta situación evaluamos la calidad de vida de pacientes de sexo femenino con Infarto al miocardio que acuden a la consulta de cardiología del Hospital Julio Criollo Rivas, en Ciudad Bolívar, Venezuela.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, de campo, y transversal. El Universo estuvo conformado por todas las pacientes que asisten a la consulta de Cardiología del Hospital Julio Criollo Rivas. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 16 pacientes Post Infarto al Miocardio de sexo femenino de edad comprendida entre 40 y 60 años que asistieron a la consulta. Para determinar la Calidad de vida se utilizó el instrumento Short Form 36 (forma corta 36), cuestionario de salud SF-36 (Anexo 1). Lo conforman 36 preguntas (ítems) que

exploran ocho dimensiones: capacidad funcional (10 ítems), vitalidad (4 ítems), aspectos físicos (4 ítems), dolor (2 ítems), estado general de salud (5 ítems), aspectos sociales (2 ítems), aspectos emocionales (3 ítems) y salud mental (5 ítems). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100; se considera de 0 a 50 peor estado de salud y de 51 a 100 mejor estado de salud de acuerdo a la escala (Ware y Sherbourne, 1992).

Las subescalas del SF-36 constituidas por las ocho dimensiones descritas están ordenadas en su mayoría de manera que a mayor puntuación mejor es el estado de salud, exceptuando las dimensiones de dolor corporal, salud general y vitalidad.

Para determinar el nivel socioeconómico de las pacientes que acuden a la consulta de cardiología del Hospital Julio Criollo Rivas se utilizó el método de Graffar (Anexo 2).

Se trata de un cuestionario multidimensional, en función de su contenido; y en función del número de opciones o tipo de respuestas que puedan dar quienes contesten, éstas son policotómicas, en su mayoría. Graffar-Méndez Castellano considera las variables: profesión del jefe o jefa de la familia; nivel de instrucción de la madre; principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. A cada una de estas variables, se le asigna una puntuación, de acuerdo con las diferentes alternativas de respuesta o indicadores y, luego se suman esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, según una escala que varía entre 4 y 20 puntos, tal como se muestra a continuación:

Estrato	Puntaje obtenido	Denominación
Estrato I	4,5,6	Alto
Estrato II	7,8,9	Medio Alto
Estrato III	10,11,12	Medio Bajo
Estrato IV	13,14,15,16	Obrero
Estrato V	17,18,19,20	Marginal

Fuente: Graffar-Mendez Castellano

RESULTADOS

El 50,0% de los pacientes está conformado por el grupo etario de 56-60 años, en segundo lugar 18,8% de edades comprendidas entre 40-45 años, 18,8% correspondiente a 46-50 años y por último 12,5% para el grupo de 51-55 años (Tabla 1). El 62,5% de la muestra en estudio está constituido por la Clase Obrera, seguido del 25,0% correspondiente a la Clase Media Baja y 12,5% a la Clase Media Alta (Tabla 2). El resultado obtenido tras aplicar el Cuestionario de Salud SF-36 arroja que el 100,0% de las pacientes tienen un mejor estado de salud (Tabla 3). Se observa que 31,3% de las pacientes consideran que su salud actual es Mucho mejor ahora que hace un año, al igual que 31,3% considera que su salud actual es Algo mejor ahora que hace un año, por otro lado 18,8% establece que su salud actual es Más o menos igual ahora que hace un año, mientras que 12,5% opinan que su salud actual es Mucho peor ahora que hace un año y 6,3% considera que su salud actual es algo peor ahora que hace un año (Tabla 4). Según los resultados obtenidos del 62,5% de las pacientes pertenecen a

la Clase Obrera manteniendo un Mejor Estado de Salud, 25,0% se ubica en la Clase Media Baja con un Mejor estado de Salud y 12,5% en la Clase Media Alta con un Mejor Estado de Salud (Tabla 5). Se muestra que 50,00% corresponde al grupo etario de 56-60 años con un Mejor Estado de Salud, 18,75% correspondiente a 40-45 años mantienen un mejor estado de salud, 18,75% pertenece al grupo de 46-50 años con un Mejor Estado de Salud y 12,50% correspondiente a 51-55 años tiene un Mejor estado de Salud (Tabla 6).

Tabla N° 1

Pacientes de sexo femenino según edad que acuden a la consulta de Cardiología del Hospital Julio Criollo Rivas durante el II semestre de 2015.

Edad	N°	%
40-45	3	18,8
46-50	3	18,8
51-55	2	12,5
56-60	8	50,0
Total	16	100,0

Fuente: instrumento aplicado

Tabla N° 2

Estrato socioeconómico de las pacientes que acuden a la consulta de Cardiología del Hospital Julio Criollo Rivas durante el II semestre de 2015.

Estrato	N°	%
Socioeconómico		
Media Alta	2	12,5
Media Baja	4	25,0
Obrera	10	62,5
Total	16	100,0

Fuente: instrumento aplicado

Tabla N° 3

Calidad de Vida de pacientes de sexo femenino que acuden a la consulta de Cardiología del Hospital Julio Criollo Rivas durante el II semestre de 2015.

Calidad de vida según SF-36	N°	%
Mejor Estado de Salud	16	100,0
Peor Estado de Salud	0	0,0
Total:	16	100,0

Fuente: instrumento aplicado

Tabla N° 4
Salud Actual comparada con la de hace un año según de las pacientes

que acuden a la consulta de Cardiología del Hospital Julio Criollo Rivas durante el II semestre de 2015.

Salud Actual comparada con la de hace un año	N°	%
Mucho mejor ahora que hace un año	5	31,3
Algo mejor ahora que hace un año	5	31,3
Más o menos igual ahora que hace un año	3	18,8
Algo peor ahora que hace un año	1	6,3
Mucho peor ahora que hace un año.	2	12,5
Total	16	100,0

Fuente: instrumento aplicado

Tabla N° 5

Calidad de vida según estrato de las pacientes que acuden a la consulta de Cardiología del Hospital Julio Criollo

Rivas durante el II semestre de 2015 en relación al Estrato socioeconómico según Método de Graffar

Calidad de Vida	Estrato socioeconómico						Total	
	Media Alta		Media Baja		Obrera		N°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Mejor Estado de Salud	2	12,5	4	25,0	10	62,5	16	100,0
Peor Estado de Salud	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	2	12,5	4	25,0	10	62,5	16	100,0

Fuente: instrumento aplicado

Tabla N° 6
Calidad de Vida de las pacientes que
acuden a la consulta de Cardiología

el II semestre de 2015 con relación a
la edad

Calidad de Vida						
Edad	Mejor estado de salud		Peor estado de salud		Total	
	n°	%	n°	%	N°	%
40-45	3	18,8	0	0,0	3	18,8
46-50	3	18,8	0	0,0	3	18,8
51-55	2	12,5	0	0,0	2	12,5
56-60	8	50,0	0	0,0	8	50,0
Total	16	100,0	0	0,0	16	100,0

Fuente: instrumento aplicado

DISCUSIÓN

La medición de la Calidad de Vida hace un tiempo confinada a los investigadores de servicios de salud y ensayos clínicos, se usaba como indicador de gastos, servicios, mortalidad, tasa de enfermedad, supervivencia o del estado funcional. Hoy día, la medición de la Calidad de Vida relacionada con la Salud se ha convertido en un concepto clave en el proceso de decisión de los clínicos, y del Hospital Julio Criollo Rivas durante

en la determinación de beneficio terapéutico tan importante, como las medidas de resultados en enfermedades coronarias usadas anteriormente, sólidas y objetivas (7). De 16 mujeres que conformaron la muestra para Determinar la calidad de vida de pacientes con Infarto al miocardio que acuden a la consulta de cardiología del Hospital Julio Criollo Rivas durante el segundo semestre de 2015, el 50,00% está conformado por el grupo etario de 56-60 años. Lo que concuerda con un estudio realizado en

Colombia con el objetivo de Determinar la calidad de Vida del paciente con enfermedad cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardíaca en fase II de una institución IV nivel con una población de 350 pacientes, en el cual el mayor número de personas se encuentra en el rango de edades que oscilan entre 58 y 67 años lo que corresponde a 31,7¹⁴.

Respecto al estrato socioeconómico destaca que el 62,50% de la muestra en estudio está constituido por la Clase Obrera donde la principal fuente de ingreso proviene de un sueldo mensual. Éste resultado es similar al estudio cuyo objetivo fue determinar la percepción de Calidad de Vida y factores relacionados durante el primer semestre del 2014, en pacientes que sufrieron un IAM, residentes en Valdivia. La muestra es de 33 pacientes, el nivel socioeconómico se determinó a través de una encuesta sociodemográfica de confección propia donde se observa que el mayor número de personas correspondiente al 84,9% de los encuestados recibe un ingreso económico menor a \$400.000 y un

60,7% percibe un sueldo similar o inferior al sueldo base establecido en Chile⁹.

En cuanto a la CV al aplicar el Cuestionario de Salud SF-36 arroja que el 100,00% de las pacientes tienen un mejor estado de salud. Estos resultados difieren a los de un estudio cuyo objetivo fue evaluar la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes Postinfarto Agudo de Miocardio a 50 pacientes que egresaron del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz en Cúcuta, Colombia, los resultados arrojaron que con respecto a la (CV) Relacionada con la Salud de la población, 41 (82%) de los 50 pacientes participantes tienen una percepción de peor calidad de vida con una tasa de 0.82; de esta población 15 pacientes eran de sexo femenino donde 13 pacientes tienen una percepción de Peor Calidad de Vida con una tasa de 0.87, mientras que sólo 2 pacientes tienen una percepción de Mejor Calidad de Vida con una tasa de 0.13¹⁸.

Al estudiar la Salud actual comparada con la de hace 1 año según el SF-36 Se observa que 31,25% de las pacientes consideran que su salud actual es Mucho mejor ahora que hace un año, al igual que 31,25% considera que su salud actual es Algo mejor ahora que hace un año, a su vez, en un estudio realizado en España cuyo objetivo es Conocer la evolución de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de pacientes post infarto, desde los seis meses del episodio coronario hasta siete años del mismo; la puntuación media total de Calidad de Vida de los pacientes en la Fase I (A los seis o doce meses de haber sufrido un IM) era de 69,42 (para una puntuación máxima de 200 puntos para los pacientes que refieren una mala calidad de vida) casi la mitad de los pacientes 47,3% participantes en la Fase I presentan un nivel de afectación "Moderado" de su Calidad de Vida a los seis y doce meses de haber sufrido un IM, seguido del 32,7% que refieren un nivel "leve" de afectación, mientras que la mayoría de los pacientes perciben bajos niveles de afectación, el 20% de los pacientes,

en cambio, muestran una peor Calidad de Vida ⁷.

La relación entre la Calidad de Vida según el SF-36 y el estrato socioeconómico según Graffar arroja que 62,50% de las pacientes pertenecen a la Clase Obrera manteniendo un Mejor Estado de Salud, se observa que el estrato socioeconómico no resulta significativo en este estudio, ya que en todos los estratos socioeconómicos según Graffar se mantiene un Mejor estado de salud, a diferencia del estudio Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con Infarto al Miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva donde los pacientes fueron clasificados en dos grupos según su nivel de renta, en la Fase I, las puntuaciones de Calidad de Vida global y de todas las áreas de Calidad de Vida eran más elevadas en los pacientes cuya renta estaba por debajo de los 9.000 €/año, aunque en el caso de las áreas las diferencias en la puntuación con quienes percibían más de 9.000 €/año eran pequeñas ⁷.

En la relación de Calidad de Vida con la Edad se muestra que 50,00% corresponde al grupo etario de 56-60 años con un Mejor Estado de Salud. En el estudio realizado en Huelva por Abreu, 2011 se observa que en la fase I al analizar la relación entre la Calidad de Vida post infarto y la edad de los participantes en el estudio, no se hallaron diferencias significativas, sin embargo, los resultados obtenidos revelaron una asociación significativa entre la edad y determinadas áreas de Calidad de Vida en los pacientes menores de 65 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Salas-B., M.A. 2012. Propuesta de Índice de Calidad de Vida en la Vivienda. CDC. [Serie En línea] **29**(79):57-78 Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1012-25082012000100004&script=sci_arttext[Junio, 2014].
- 2 Torres, Y., Rojas, N., García, R., Arocha, I., Medina, R., Herrera, A., 2011. Incidencia Del Infarto Agudo de Miocardio. Rev. Cubana de Investigaciones Biomédicas. (La Habana). [Serie en línea] **30**(3):345-353. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v30n3/ibi05311.pdf>[Febrero, 2014].
- 3 Romero, E., 2010. Confiabilidad del cuestionario de salud sf-36 en pacientes post-infarto Agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. Rev. Colomb. Cardiol.(Colombia). [Serie en línea] **17**(2): 41-46 Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0120-56332010000200002&lng=en&tlng=es[Febrero, 2014].
- 4 Rodríguez, D.P., Galano, C.O., Padrón, A.S., Rodríguez, J.P. 2011. Trombólisis en pacientes con infarto agudo del miocardio en pacientes atendidos en Miranda, Venezuela. Correo Científico Médico de Holguín. [Serie en línea] **15**(4) Disponible: <http://www.cocmed.sld.cu/no154/no154ori11.htm>[Febrero, 2014]
- 5 Bonanad C , García S. 2013. Transmisión de Información al Paciente con Infarto Agudo de Miocardio. Gac. int. cienc. Forense (Madrid). [Serie en línea] Disponible: http://www.uv.es/gicf/3TA1_Bonanad_GICF_06.pdf[Febrero, 2014].
- 6 Tuesca, R., [Abril 2005.] La Calidad de Vida, su Importancia y cómo medirla. Rev. Salud Uninorte. (Colombia). [Serie en línea] **21**(1): 76-86. Disponible: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4113/2525>[Febrero, 2014].
- 7 Abreu, A.S. 2011. Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con Infarto Agudo de Miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva. Trabajo de grado. Universidad de Huelva. [En línea] Disponible:

<http://hdl.handle.net/10272/6026>[Febrero, 2014].

8 Vinaccia, S., Orozco, L., 2005. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas. (Bogotá). [Serie en línea] 2(1): 125-137. Disponible :http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S179499982005000200002&script=sci_arttext [Febrero, 2014].

9 Squires, R.W., Williams, W.L. 2000. Aterosclerosis Coronaria e Infarto agudo de Miocardio. En: American College of Sports Medicine. Manual de Consulta para el Control y la Prescripción del Ejercicio Edit. Paidotribo. Barcelona. Cap 15: 177-194.

10 De la Vega, H. 2012. Infarto del Miocardio. Rev. Cienc. Biom. (Cartagena). [Serie en Línea] 3(2):388-395 Disponible: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/view/228b>[Febrero, 2014].

11 Jiménez, L.M., Montero, F.J. 2010. Medicina de Urgencias y Emergencias Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. Edit. El servier Barcelona 4ª ed. pp 82.

12 Betés, M., Durán M., Mestres, C., Nogues, M.R. 2008. Farmacología para Fisioterapeutas. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1ª ed. pp 107.

13 Archury, D., Rodríguez, S.M., Aguledo, L.A., Hoyos, J.R., Acuña, J.A. 2011. Calidad de vida del paciente con Enfermedad Cardiovascular que asiste al programa de Rehabilitación

Cardiaca. Investig. Enferm. Imagen Desarrollo. [Serie en línea] 13(2): 49-74. Disponible: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/2977/2200>[Marzo, 2014].

14 Hoyos, J.R. 2009. Abril. Determinación de la calidad de vida del paciente con Enfermedad Cardiovascular asistente al programa de Rehabilitación cardíaca en fase II en una institución de IV nivel en la ciudad de Bogotá. Trabajo de Grado. Pontificia Universidad Javeriana. [En línea] Disponible: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis10.pdf>[Febrero, 2014].

15 Montero, D. y Fernández, P. 2012. Calidad De Vida, Inclusión Social Y Procesos De Intervención. Edit. Universidad de Deusto. Bilbao. 1ª ed. pp 64.

16 Antepara, N.A., Parada, M.I., Antepara, C.A., Tahuil, C. 2006. Efecto de la rehabilitación cardíaca sobre la percepción de la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Fac. Med. [Serie en línea] 29(2): 149-152. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692006000200011&script=sci_arttext[Marzo, 2014].

17 Fernández, J.A., Fernández, M., Cieza, A. 2010. Los Conceptos de Calidad de Vida, Salud y Bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública [Serie en línea] 84(2): 169-184. Disponible: <http://scielo.isciii.es/scielo>.

[php?pid=S113557272010000200005
&script=sci_arttext](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2884812)[Marzo, 2014].

18 Vargas,T. R.,Ordoñez,P. E.,
Montalbo,M.O., Díaz,T. V. 2006.
Calidad de vida Relacionada con la
salud de los pacientes postinfarto de
miocardio. Rev. Cienc. Y Cuid. [Serie
en línea] 5(1) Disponible:
[http://dialnet.unirioja.es/servlet/articul
o?codigo=2884812](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2884812)[Marzo, 2014].

19 Catalán, L., Echeverría, T. y
Martínez, L. 2015. Percepción de
Calidad de Vida en Paciente post IAM
y factores relacionados. Trabajo de
Grado. Universidad Austral de Chile.
[En línea] Disponible:
[http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/20
15/fmc357p/doc/fmc357p.pdf](http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2015/fmc357p/doc/fmc357p.pdf)[Octubre
, 2015].