



Quality of life-related self-care in patients with ischemic cardiopathy

Autocuidado relacionado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica

Mayra S. Alvarado-Guzmán,¹ Jorge A. Amaya Aguilar²

Abstract

Introduction: the patient who suffered acute myocardial infarction (AMI) must adhere to treatment (AT), improve their self-care and make lifestyle changes to restore their health; otherwise, there may be an impact on their health-related quality of life (HRQoL).

Objective: to analyze the relationship between self-care and the quality of life of the patient with ischemic heart disease.

Material and methods: correlational, prospective and cross-sectional study. Non-probabilistic sample n = 101 patients selected for convenience; it included adults, both sexes, post AMI. Data collected with questionnaire SF-36; Self-Care Agency Scale, biochemical and anthropometric parameters. Data analysis with descriptive statistics and Pearson's test, significance $p < 0.05$. Results: age between 34 and 86 years, men predominated (89.1%) and 57.4% had basic education. 39% had high blood pressure and 44% diabetes mellitus II; 51.5% were overweight and 18.8% were obese. 67.5% depended on their wife, children or both for their care. 93% had the perception of better HRQoL, 69% showed good self-care agency and 30% regular. Self-care is correlated with HRQoL ($r = 0.447$, $p = 0.000$), mainly with the power capacity ($r = 0.443$, $p = 0.000$) and the ability to operationalize ($r = 0.418$, $p = 0.000$).

Conclusion: by improving the capacity for self-care, the health status of the post-AMI patient is modified and reflected in their quality of life, but the areas of opportunity in matters of secondary prevention and control of risk factors should be reinforced, otherwise there are risks of a new AMI.

Key words: self care, quality of life, myocardial infarction, myocardial ischemia.

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

Correspondencia: Mayra Susana Alvarado-Guzmán
Email: alvarado18mayra@gmail.com

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
México

¹ Terapia Intensiva Cardiovascular, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez México

Recibido: 20 de septiembre 2019
Aceptado: 18 de diciembre 2019

² Departamento de Investigación en Enfermería



Resumen

Introducción: el paciente que sufrió infarto agudo al miocardio (IAM) debe adherirse al tratamiento (AT), mejorar su autocuidado y realizar cambios de estilos de vida para restablecer su salud, de lo contrario puede haber repercusión en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Objetivo: analizar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica.

Material y métodos: estudio correlacional, prospectivo y transversal. Muestra no probabilística n=101 pacientes seleccionados por conveniencia; se incluyeron adultos de ambos sexos, pos IAM. Datos recolectados con cuestionario SF-36; Self-Care Agency Scale, parámetros bioquímicos y antropométricos. Análisis de datos con estadística descriptiva y prueba de Pearson, significancia $p < 0.05$.

Resultados: edad entre 34 y 86 años, predominaron los hombres (89.1%) y el 57.4% tenía educación básica. El 39% padecía hipertensión arterial y 44% diabetes mellitus II; el 51.5% mostró sobrepeso y el 18.8% obesidad. El 67.5% dependía de los cuidados de la esposa, hijos o ambos. El 93% tenía la percepción de mejor CVRS, el 69% mostró buena agencia de autocuidado y 30% regular. El autocuidado se correlaciona con la CVRS ($r=0.447$, $p=0.000$), principalmente con la capacidad de poder ($r=0.443$, $p=0.000$) y capacidad de operacionalizar ($r=0.418$, $p=0.000$).

Conclusión: al mejorar la capacidad de autocuidado se modifica el estado de salud del paciente pos IAM y se refleja en su calidad de vida, pero deben reforzarse las áreas de oportunidad en materia de prevención secundaria y control de factores de riesgo, de lo contrario hay un riesgo de un nuevo IAM.

Palabras clave: autocuidado, calidad de vida, infarto al miocardio, isquemia miocárdica

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (EC) son una de las principales causas de muerte en el mundo, la Organización Mundial de Salud (OMS) estimó que 17.9 millones de personas murieron en el 2016 a causa de enfermedades cardiovasculares representando el 31% de las muertes a nivel global y de estas el 85% debido a infarto agudo al miocardio (IAM) y a accidentes cerebrovasculares.^{1,2} En México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó 116 002 defunciones en 2015. Además, debido a la edad de ocurrencia, el IAM es una de las principales causas de pérdida de años de

vida saludables, afecta a la población económicamente activa. Los jóvenes sobrevivientes de EC como IAM pueden afrontar un serio deterioro en su calidad de vida, lo cual genera mayor necesidad de atención médica y social durante un periodo de tiempo más largo, además de una menor capacidad laboral.^{3,4}

Los factores de riesgo para estos eventos como el sobre peso y la obesidad se encuentran en la tasa más alta dentro de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Debido a la magnitud del problema se tiene la necesidad de indagar el impacto que tiene en la población esta enfermedad y las modificaciones que causa en la

vida de los pacientes la isquemia coronaria.⁵ Las políticas propuestas por la OMS para la reducción de las EC se basan principalmente en la modificación de estilo de vida de la persona, lo que implica la realización de autocuidado, la teórica Dorothea Orem, establece que la habilidad para ocuparse del autocuidado es conceptualizada como una habilidad humana llamada agencia de autocuidado; para el desarrollo de estas habilidades el individuo debe contar con elementos como: capacidades fundamentales y de disposición de autocuidado, componente de poder y capacidad de operacionalizar, los cuales permiten a la persona regular su funcionamiento y desarrollo, realizando actividades de autocuidado.^{3,6}

El medir la calidad de vida del paciente tomando como punto de referencia los resultados en salud, ayuda a evaluar su impacto, la carga de morbilidad y apego que este tiene a las recomendaciones del personal de salud. Tomando en cuenta que la CVRS, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la CV, que es debido a las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global, diversos factores se han asociado a la calidad de vida de pacientes con enfermedad, encontrándose diferencias con las condiciones socioeconómicas y el nivel educativo alcanzado. Desde el punto de vista clínico, el tipo de enfermedad, comorbilidades, medicamentos utilizados, entre otros, han sido los elementos con frecuencia referenciados.^{7,8}

Por otro lado, un punto importante que influye en la salud del individuo es el autocuidado, eslabón fundamental en la modificación de factores de riesgo en salud cardiovascular, que se define, como: las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son prácticas

de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades; involucrando dimensiones como las mencionadas en el estudio realizado a pacientes que viven con enfermedad coronaria por Bastidas, Olivella y Bonilla en lo que respecta al cambio del estilo de vida, espiritual y apoyo familiar, farmacológica, nutricional, actividad en la casa y ejercicio físico.^{9,10}

El conocimiento del comportamiento de los individuos en cuanto al autocuidado y la calidad de vida posevento isquémico, puede dirigir acciones necesarias para modificar los factores de riesgo presentes que ponen en peligro a la población de presentar un nuevo evento.

La cardiopatía isquémica es una entidad común en la población mexicana y sus consecuencias causan daños irreversibles a los individuos, desde físicos hasta psicológicos; asimismo, afecta no solo al paciente, también a la familia, en consecuencia, la prevención secundaria puede favorecer la reintegración de la persona y evitar complicaciones a largo plazo, como los reingresos hospitalarios y la muerte; sin embargo, existen pocos estudios que aborden a la persona con un modelo preventivo y que repercute en su calidad de vida. Por lo precedente, se plantea analizar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica, así pues, permitirá crear estrategias para mejorar para responder y dar posibles soluciones a este fenómeno que afecta a la población causando estragos sociales y económicos.

Material y métodos

Se realizó un estudio correlacional, prospectivo y transversal en el Instituto Nacional de Cardiología

Ignacio Chávez de la Ciudad de México. Para el presente estudio se definió autocuidado como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades,⁸ y calidad de vida, como: la percepción, por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.⁶ De una población de N=1700 pacientes que egresan al año del Instituto, se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia de n=101 pacientes que presentaron IAM durante marzo a julio 2018.*

La selección de los participantes se realizó de forma aleatoria simple, considerando el censo diario y el informe de pacientes en estado de prealta; se incluyeron aquellos pacientes con IAM con o sin elevación del segmento ST, mayores de 18 años y menores de 90 de ambos sexos y con seguimiento en la consulta externa del Instituto; se excluyeron a pacientes que hablaban un idioma diferente al español o no comprendían el español y con alteraciones psiquiátricas o cognitivas.

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento ecléctico constituido por 6 instrumentos validados: el primero lo conforman datos sociodemográficos: como edad, sexo, ocupación, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, número de hijos, horas dedicadas a sus actividades, actividades realizadas, enfermedades que padece, hospitalizaciones previas en el año, dependencia de cuidado, tiempo de traslado a su unidad médica más cercana de casa y tratamiento.

El segundo apartado contiene el Self-Care Agency Scale, la cual tiene un alfa de Cronbach de 0.88 y se encuentra constituida por 24 ítems con escala de respuesta tipo Likert, desde total-

mente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, con un puntaje de 24 a 96, considerando como muy baja agencia de autocuidado=24-43; baja agencia de autocuidado=44-62; regular agencia de autocuidado=63-81 y buena agencia de autocuidado=82-96 puntos.^{6,11,12}

En el tercero se encuentran 12 ítems del instrumento STEPS para medir el comportamiento del tabaquismo al evaluar la situación actual del fumador, cantidad y duración, cantidad según el tipo de producto; las respuestas son dicotómicas y abiertas. Mientras que, en el cuarto apartado, se encuentra el instrumento IPAQ versión corta “últimos 7 días” con un alfa de Cronbach de 0.9 y validado por expertos, el cual mide el nivel de actividad física realizada por intensidad a través de cuatro dominios: laboral, doméstico, de transporte y del tiempo libre.¹³

En el quinto apartado, se agregó el instrumento de calidad de vida SF-36 validado en estudios previos con un índice de confiabilidad por alfa de Cronbach entre 0.74 a 0.93 en población con infarto agudo al miocardio, compuesto por 36 ítems que exploran 8 dimensiones (capacidad funcional, vitalidad, aspectos físicos, dolor, estado general de salud, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental); la escala de respuesta era tipo Likert oscila entre 3-6, cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala que va del 1-100; se considera de 0-50 peor estado de salud y 51-100 mejor estado de salud.¹⁴⁻¹⁶

Por último, la cédula de datos antropométricos y bioquímicos basada en las normas oficiales mexicanas¹⁷, donde se registró peso, talla e índice de masa corporal, presión arterial, proteína C reactiva de alta densidad, circunferencia abdominal, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad, lipoproteínas de alta densidad, nivel de glucosa en sangre, nivel de creatinina, enfermedades

como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, insuficiencia renal, evento vascular cerebral previo, síndrome metabólico y como última opción a elegir en este ítem, otra.

Con la información obtenida se realizó el análisis de los datos a través del programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 21 (SPSS, por sus siglas en inglés) con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; así mismo pruebas de correlación de Pearson, Spearman, regresión lineal, considerando una significancia estadística de $p < 0.05$.¹⁸ El aspecto ético-legal de la investigación se apoyó en la Ley General en Materia de Investigación para la Salud, y bajo lo contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-201239 que cataloga a la presente investigación como de bajo riesgo. Se respetaron los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,40 y conforme a lo estipulado en los códigos internacionales en investigación y bioética. De igual forma, se aprobó por el Comité de Ética de la institución y se generó un folio.¹⁹⁻²³

Resultados

La población de estudio se encontró en un rango de edad entre 34 y 86 años; predominó el género masculino con el 89.1%, el 54.5% eran casados o vivían en unión libre; residían en la Ciudad de México 53.5% y 23.8% en el Estado de México; 19.8% estaban desempleados; el 42.6% con un nivel de estudios medio superior, 57.4% contaba con educación básica. El 23.8% presento diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo II (DM II), 17.9% hipertensión arterial (HTA), 6% HTA y otra enfermedad, 19.8% DM II e HTA, 7% DM II, HTA y otra enfermedad y ninguna 32%.

De los pacientes incluidos el 51.5% tenía sobrepeso y el 18.8% obesidad. En cuanto al nivel de triglicéridos, se observó en el 45.5% un nivel recomendable (< 150 mg/dL) y un 22.8% un alto riesgo (> 200 mg/dL); respectivamente el 31.7% limítrofe (150-200 mg/dL). El colesterol de baja densidad (LDL) en el rango recomendable (< 130 mg/dL) se encuentran el 82.2%. Otro dato relevante en los parámetros bioquímicos es que el 55.4% presentó hiperglucemia (> 100 mg/dL), de los cuales algunos ya se conocen con diagnóstico de DM II, sólo el 32.7% tuvo un rango normal (70-100 mg/dL).

En lo referente a dependencia para cuidados el 38.8% depende de su esposa, 11.9% de la esposa y los hijos, 16.8% de los hijos y 17.8% de nadie. En hábitos tabáquicos el 47.5% de los pacientes fumó antes del evento cardiovascular algún producto derivado del tabaco y el 10% continua fumando. El 48.5% de la población refieren tomar el tratamiento secundario básico de IAM que consta de antihipertensivo, estatina e inhibidor de agregación plaquetaria y el 40.6% el tratamiento secundario básico más otro tipo de fármacos; en la actividad física como tratamiento secundario el 38.7% mencionó que realiza ejercicio. El 43.6% ha tenido 1 hospitalización en el último año, el 47.5% ninguna y el 6.9% 2 hospitalizaciones. En cuanto al tiempo de traslado a su unidad médica más cercana, el 16.8% hace 30 minutos, 21.8% hace 60 y el 8.9% de 10-15.

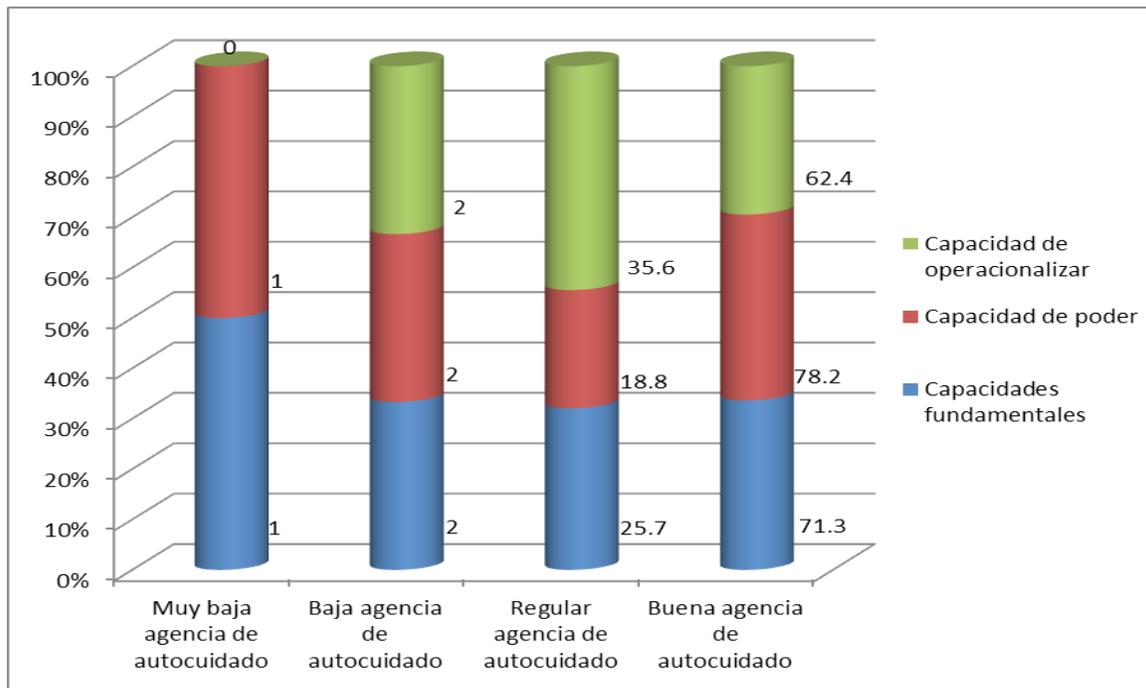
En la variable de autocuidado, 33.7% está de acuerdo con que le faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como debe y el 14.9% está totalmente de acuerdo. El 17.8% está en desacuerdo y el 9.9% totalmente en desacuerdo que para mantener el peso que le corresponde hace cambios en sus hábitos alimenticios, mientras que el 43.6% está de acuerdo. En cuanto a poder buscar mejores formas para

cuidar su salud de las que tiene ahora el 42% está de acuerdo y el 30% totalmente de acuerdo.

El 27.7% está en desacuerdo en lograr descansar y hacer ejercicio durante el día porque no logra hacerlo, sólo el 35.6% está de acuerdo, porque cuando lo piensa logra llevarlo a cabo. El 46.5% refiere estar de acuerdo en que a pesar de sus limitaciones para movilizarse es capaz de cuidarse como le gusta y el 38.6% está totalmente de acuerdo.

En relación con la agencia de autocuidado, se observó que el 69% de los pacientes tienen buena agencia de autocuidado y el 30% regular; no obstante, el resto muy baja agencia de autocuidado. De acuerdo, con las dimensiones, destaca la capacidad de poder con el 78% de buena agencia de autocuidado, quedando la dimensión de operacionalización como la más baja en cuanto a buena agencia de autocuidado con un 62.4% (gráfica 1).

Capacidad de Autocuidado por dimensiones en pacientes con cardiopatía isquémica



Gráfica 1. Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México. 2018

En lo que concierne al instrumento SF-36 de calidad de vida relacionado con la salud, el 50% de las personas respondió que su salud actual lo limitaba mucho para realizar esfuerzos intensos, como correr y levantar objetos pesados; el 41.6% hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física, el 49.5% mencionó que tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo a causa de su salud física, lo cual se observa en la dimensión de desempeño físico donde el 36.6% tiene la percepción de peor salud; en consecuencia, peor calidad de vida.

El 35.6% de los pacientes señaló que su percepción en salud es en general regular y el 43.6% como buena; en cuanto a su estado de salud en el futuro sólo el 11% cree que su salud va a empeorar, mientras

el 60.4% piensa que es falso que pueda empeorar, dando como resultado el 88.1% de pacientes con cardiopatía isquémica y experimente una sensación de mejor salud y calidad de vida.

El 37% mencionó que hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de problemas emocionales, en este sentido, no se observa relación en la dimensión de desempeño emocional, ya que el 100% de los pacientes percibe una mejor salud relacionada con calidad de vida.

En la dimensión de nivel de función social donde el 78.2% de los pacientes tenía una mejor salud relacionada con calidad de vida, para el 19.8% sus problemas emocionales o físicos han dificultado sus actividades sociales, un 10.9% regular y un 56.4% nada. Como resultado final el 93% de los pacientes con cardiopatía isquémica tiene una percepción de mejor salud relacionada con la calidad de vida.

La variable CVRS tiene mayor correlación positiva débil en sus dimensiones salud mental ($r= 0.792, p= 0.000$), vitalidad ($r= 0.773, p= 0.000$), así como función física ($r= 0.789, p= 0.000$) y en la dimensión de desempeño físico ($r= 0.671, p= 0.000$) esto da como resultado que los determinantes de percepción de funcionamiento corporal y psicológico, refuerzan la sensación que experimenta el paciente de mejor salud relacionada con calidad de vida (cuadro I).

La CVRS y la variable autocuidado muestran una correlación positiva ($r= 0.447, p= 0.000$) con la dimensión capacidad de poder ($r= 0.443, p= 0.000$), capacidad de operacionalización ($r= 0.418, p= 0.000$) dado que el paciente pos IAM al poder realizar acciones a favor de su salud y tener el conocimiento de estas puede llevarlas a cabo y reflejarse en una mejor CVRS (cuadro II).

Cuadro I. Matriz de correlación del autocuidado con la calidad de vida, índice de masa corporal y presión arterial en pacientes de un Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México. 2018. n = 101

	<i>Autocuidado</i>	<i>Calidad de vida relacionada con la salud SF36</i>	<i>Índice de masa corporal en kg/m^2</i>	<i>Tensión arterial sistólica (mmHg)</i>	<i>Tensión arterial diastólica (mmHg)</i>	<i>Glucosa (mg/dL)</i>
Autocuidado	1	0.447**	-0.122	-0.003	-0.082	-0.128
Calidad de vida relacionada con la salud SF36		1	0.015	0.062	0.000	-0.073
Índice de masa corporal en kg/m^2			1	-0.055	0.182	0.063
Tensión arterial sistólica (mmHg)				1	0.104	-0.039
Tensión arterial diastólica (mmHg)					1	0.217*

Prueba de correlación de Pearson, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

El autocuidado muestra correlación positiva fuerte en sus dimensiones de poder ($r= 0.815, p= 0.000$), operacionalización ($r= 0.970, p=0.000$) y capacidades fundamentales ($r= 0.824, p= 0.000$) (cuadro II). Por otra parte, se observa una relación lineal débil entre el autocuidado y la CVRS, con un coeficiente de determinación $r^2=0.20$, lo que indica que el modelo explica solo el 20 % de la asociación.

Cuadro II. Matriz de correlación de calidad de vida y autocuidado con sus dimensiones.**Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México. 2018. n = 101**

	CV	DCS	DSM	DDE	DFS	DV	DSG	DDF	DDeF	DFE	AC	DCP	DCO	DCF
Calidad de vida relacionada con la salud. SF-36 (CV)	1	0.359**	0.792**	0.667**	0.071	0.773**	0.584**	0.626**	0.671**	0.789**	0.447**	0.443**	0.418**	0.344**
Dimensión cambio en salud (DCS)		1	0.225*	0.102	0.012	0.157	0.177	0.254*	0.137	0.305**	0.124	0.090	0.100	0.166
Dimensión salud mental (DSM)			1	0.613**	0.000	0.593**	0.365**	0.377**	0.504**	0.434**	0.377**	0.347**	0.347**	0.329**
Dimensión desempeño emocional (DDE)				1	0.073	0.400**	0.325**	0.330**	0.516**	0.489**	0.322**	0.370**	0.280**	0.260**
Dimensión función social (DFS)					1	0.144	-0.076	0.057	-0.120	-0.134	0.098	0.045	0.105	0.086
Dimensión vitalidad (DV)						1	0.434**	0.381**	0.469**	0.472**	0.310**	0.349**	0.296**	0.184
Dimensión salud general (DSG)							1	0.157	0.293**	0.328**	0.256**	0.273**	0.228*	0.210*
Dimensión. dolor físico (DDF)								1	0.366**	0.528**	0.276**	0.247*	0.254*	0.244*
Dimensión desempeño físico (DDeF)									1	0.567**	0.203*	0.234*	0.174	0.173
Dimensión función física (DFE)										1	0.372**	0.370**	0.366**	0.235*
Autocuidado (AC)											1	0.815**	0.970**	0.824**
Dimensión capacidad de poder (DCP)												1	0.715**	0.588**
Dimensión capacidad de operacionalización (DCO)													1	0.708**
Dimensión capacidades fundamentales (DCF)														1

Prueba de correlación de Pearson, *p<0.05, **p<0.01.

Discusión

El género masculino predominó lo que concuerda con más del 90% de los estudios encontrados en el tema de IAM, en su mayoría se desempeñan en trabajos informales y hay una alta tasa de desempleo, lo cual tiene relación con la sensación de alteración en lo referente al desempeño físico, punto que no se menciona en otros estudios.

Contrario a los resultados positivos de autocuidado que realiza la población, los factores de riesgo como la hiperglucemia, sobrepeso, obesidad y tabaquismo siguen estando presentes como un peligro latente, lo que concuerda con otros estudios como el de Rojas-Reyes.²⁴ La magnitud del problema demanda la necesidad de analizar el impacto que causa esta enfermedad en la po-

blación y las modificaciones realizadas en la vida de los pacientes, por esto las políticas propuestas por la OECD y OMS para la reducción de EC se basan principalmente en la modificación de estilos de vida de la persona, lo que implica llevar a la práctica autocuidado; materia con grandes áreas de oportunidad en cuestiones de educación hacia la población dado que los resultados arrojados indican que las personas no se apegan en todas sus dimensiones a estas actividades, ninguna cumple más del 80%.^{3,5}

Un punto a considerar es que la población menciona sentirse capaz de buscar mejores formas para cuidarse, en este sentido, la CVRS y la variable autocuidado muestra una correlación positiva con la dimensión capacidad de poder y capacidad de operacionalización, a la vez que el paciente pos IAM al realizar acciones a favor de su salud y tener el conocimiento de estas para poder llevarlas a cabo tiene una mejor CVRS, una pregunta que sería importante responder es: ¿si el sistema de salud puede proporcionarles la información y los medios para favorecerlo? y ¿cuál es la percepción del individuo sobre este asunto?.

Algunos estudios hablan de la relación que tiene la CVRS con el nivel académico, los ingresos y la ocupación de la persona, en este caso no se encontró relación, a pesar de que predomina la educación básica en la población, la calidad de vida se percibe como buena en su mayoría, en otros estudios se menciona que un bajo nivel educativo y socioeconómico debido al acceso restringido al sistema de salud y medicamentos puede afectar la calidad vida. Esta diferencia se debe a que los individuos incluidos en este estudio cuentan con acceso a servicio médico que se adapta a sus necesidades económicas.²⁰

Factores como la DM II y la HTA están presentes en la mayoría de las personas, estos concuerda con otras investigaciones; como en

el caso de Schweikert, et al.,²⁵ que encontraron un deterioro de la calidad de vida en los pacientes con IAM, pues al ser enfermedades no transmisibles o crónicas, requieren de atención especializada, y desde luego, de un alto nivel de autocuidado que permita evitar complicaciones cardiovasculares, el individuo se ve en la necesidad de modificar diversos aspectos de su vida; por lo tanto, su percepción física y psicológica experimenta alteraciones, sería importante observar a la población a largo plazo y ver cómo estas patologías y su manejo se modifican con la EC; aquí entran en juego factores como la disminución de actividad física, ya sea, por orden médica o por miedo a presentar un IAM de nuevo, esto conlleva a evitar realizar sus actividades diarias tanto en casa como en su área de trabajo, percibiendo un peor estado de salud y calidad de vida.^{26,27}

Rozmin, et al., proponen el abordaje a través del estilo de vida y la cultura para la realización de intervenciones, el autocuidado en las dimensiones desde la perspectiva de Orem se ve involucrado y podría verse reforzado; esto por lo encontrado en el estudio donde ninguna de las dimensiones cubre un total de buena agencia de autocuidado, en este sentido, no se encontró evidencia en población mexicana que aborde la cultura y el estilo de vida, hecho que sería de gran impacto para el cambio en el autocuidado relacionado con procesos económicos y sociales, como la globalización y la introducción de nuevos comportamientos que afectan la salud de la población.²⁸

El autocuidado es una actividad básica en el ser humano y en condiciones de enfermedad crónica la práctica basada en conocimientos, se convierte en un acto de vida esencial. En la investigación realizada utilizando como base parte de la teoría de Orem se muestra correlación positiva en sus dimensiones de poder, operacionalización

y capacidades fundamentales, dando como resultado que más del 50% tienen de regular a buena agencia de autocuidado, lo que debería ponerse en observación; así como el tiempo transcurrido desde el evento cardiovascular y que sucedió con sus actividades de autocuidado, si este maduró y mejoró con el tiempo o siempre se realizó de igual manera, para determinar los puntos críticos donde el personal de salud puede intervenir para lograr que este autocuidado sea más eficaz; y por tanto, se vea reflejado en aspectos como la CVRS. En este sentido, se debe tomar en consideración lo relacionado con enfermedades crónicas previas al evento isquémico, como: diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, dado que estos eventos son comunes y no hay evidencia previa de investigación en estos casos.

Hay una cuestión a considerar: cómo las terapias de rehabilitación influyen en la inserción social y en la percepción de desempeño físico del paciente y en la calidad de vida, esto vinculado a lo que se pudo observar en el estudio de Barrantes-Morales²⁸ y Donato donde los pacientes sufren un estancamiento debido a la carencia de estas intervenciones y observando que la edad en la que se presentan la EC es cada vez menor y en algunos casos la población es activa laboralmente; si no se logra esta inserción se crea un efecto domino, donde no sólo el individuo se ve afectado, si no su entorno, causando estragos sociales y económicos, dejando de ser terreno del área de salud exclusivamente.²⁹

Conclusión

Los países miembros de la OCDE y la OMS intentan superar obstáculos para la instauración de directrices sobre EC en atención primaria, entre ellos la falta de tiempo del equipo de salud,

los costos de los medicamentos recetados y la falta de recursos de atención médica destinada a la medicina preventiva, ya que pueden generar una calidad subóptima de la atención, resultados adversos en salud y un mayor uso de recursos debido a las complicaciones, lo mencionado tiene repercusión en la CVRS y el autocuidado, las intervenciones en salud preventiva tanto primaria como secundaria requieren de un equipo interdisciplinario dispuesto y con el conocimiento, dotado de recursos materiales para brindar atención de calidad, si esto no se cumple, se vuelve un círculo vicioso que deriva en comorbilidades y nuevos EC.

La CVRS tiene asociación con el autocuidado porque las acciones encaminadas a la mejora de la salud recaen en las dimensiones de desempeño físico, psicológico y emocional dando al individuo la sensación de bienestar.

El autocuidado es pilar en la salud de la persona y la educación que se le brinda al individuo en los centros de atención, le permite obtener un enfoque de las acciones que podrá realizar para alcanzar equilibrio, y a su vez llegar a una buena CVRS, estas variables tienen relación en sus dimensiones; sin el autocuidado adecuado la calidad de vida tiende a tener deterioro por el impacto negativo causado en la salud del sujeto. 🧠

* Datos tomados de la Subdirección de Planeación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. 2018

Referencias

1. **Sánchez-Arias AG, Bonilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B, Gómez-Ortega M, González-González.** Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardiol* 2016;27(s3):98-102.

2. **Resumen de estadísticas de 2017.** Enfermedad del corazón y ataque cerebral [Internet]. [place unknown]: American Heart Association; 2017 [citado 26 octubre 2017]. Recuperado a partir de: t.ly/8rRM
3. **Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet].** [place unknown]: World Health Organization; 2017 [citado junio 2019]. Recuperado a partir de: t.ly/0zRq
4. **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).** Estadísticas de mortalidad 2015 [Internet]. [México]: INEGI; 2015. [citado 24 junio 2017]. Recuperado a partir de: t.ly/rSys
5. **Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).** OECD Health Statistics 2013 [Internet]. [Paris]: OECD; 2013. [citado 24 junio 2019]. Recuperado a partir de: t.ly/vT8S
6. **Achury DM, Sepúlveda GJ, Rodríguez SM.** Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Inv Enf* 2009; 11(2):9-25.
7. **Bastidas SC, Olivella FM, Bonilla CI.** Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. *Sal Uninorte* 2015;31(1):78-90.
8. **Niquille A, Bugnon O.** Relationship between drug-related problems and health outcomes: a cross-sectional study among cardiovascular patients. *Pharm World Sci* 2010;32(4):512-9.
9. **Sillas DG, Jordán LJ.** Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. *Desarrollo Científ Enferm* 2011;19(2):67-9.
10. **Rivera AL.** Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Púb* 2006;5(3):235-47.
11. **Leiva VD, Cubillo KV, Porras YG, Ramírez TV, Sirias IW.** Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Rev Enferm Actual Costa Rica* 2015; 29:1-14.
12. **Mantilla ST, Gómez- Conesa A.** Internacional de actividad física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol* 2007;10(1):48-52.
13. **Vllagut G, Ferrer M, Rajml L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G.** El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-50
14. **Lugo LA, García HG, Gómez CR.** Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Sal Púb* 2005;24(2):37-50.
15. **Romero EM.** Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en paciente post-infarto agudo del miocardio procedente de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev Colomb Cardiol* 2008; 17(2): 41-6.
16. **Sánchez RA, García MM, Martínez DT.** Encuesta de Salud SF-36: validación en tres contextos culturales de México. *Rev Iberoam Diagn EV* 2017;45(3):5-16.
17. **Franco SA, Cardona-Arango D.** Calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Rev Méd Risaralda* 2017;23 (1):30-3.
18. **Navarro JC.** Epistemología y metodología. México: Grupo Editorial Patria; 2014. 575-85.
19. **Secretaría de Gobernación [Internet].** Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 5 de noviembre de 2009; Diario Oficial de la Federación. [Citada 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/zgOq
20. **CONAMED** Declaración de Helsinsky [Internet]. México: Comisión Nacional de Bioética; [Citada 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/HIXd
21. **Comité de Bioética de México [Internet].** Código de Núremberg; [Citada 2018 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/9j9yZ
22. **Comité de Bioética de México [Internet].** Informe de Belmont; [Citada 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/r3zt
23. **Secretaría de Gobernación [Internet].** Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. 5 octubre 2010; Diario Oficial de la Federación. [Citada 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/tOMD
24. **Rojas-Reyes J, Flórez-Flórez ML.** Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*

- 2016;16(3):328-39. Doi: 10.5294/ aqui.2016.16.3.5
25. **Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König H-H, Gapp O, Holle R.** Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *Eur Heart J* 2008; 30(4):436-43.
 26. **Corrales-Santander H, Manzur-Jattin F, Pacheco-Ayo C.** Enfermedad coronaria en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Archi Méd* 2018;14:1-3.
 27. **Jiwani RB, Cleveland LM, Patel DI, Virani SS, Gill SL.** Understanding self-regulation behaviors in South Asians with coronary artery disease a mixed-methods study. *J Cardiovasc Nurs* 2016;1-7.
 28. **Barrantes-Morales F, Salas-Segura D.** Sobrevida y calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica egresados de una unidad de cuidados intensivos de tercer nivel. *Rev Costarric Cardiol* 2016;18(1-2):13-5.
 29. **Nampulá M, Sosa M.** Experiencias de hombres con cardiopatía isquémica a un año de egreso hospitalario. *Rev Mex Enf Cardiol* 2018; 26(3):70-5.