

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

Estudio descriptivo transversal sobre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con enfermedad cardiovascular, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa en el período del 1 de mayo al 15 de julio 2012.

FRANCINY MARIBEL PAREDES CONTRERAS

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

Estudio descriptivo transversal sobre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con enfermedad cardiovascular, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa en el período del 1 de mayo al 15 de julio 2012.

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

FRANCINY MARIBEL PAREDES CONTRERAS

Al conferírsele el título de

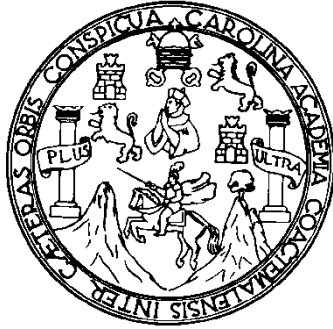
MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
LIC. CARLOS ESTUARDO GALVEZ BARRIOS**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. Eibi Estephania Lemus Cruz
Representante de Estudiantes:	MEPU. Leonel Oswaldo Guerra Flores
Secretario:	Lic. Tobías Rafael Masters Cerritos

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario:	Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio
Asesor:	Dr. Rory René Vides Alonzo

Chiquimula, Septiembre de 2012

Señores:

Miembros del Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables Señores:

En cumplimiento a lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes el trabajo de graduación titulado:

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR”**

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el grado académico de Licenciatura.

Esperando que el presente trabajo de investigación llene los requisitos para su aprobación, me suscribo.

Atentamente,



Franciny Maribel Paredes Contreras



Dr. Ángel F. Chitay
Médico y Cirujano
Especialidad en Medicina Interna



Chiquimula, Septiembre de 2012

Director
MSc Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la técnico en administración de empresas Franciny Maribel Paredes Contreras 200240143 en el trabajo de graduación titulado "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular"; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea evaluar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud a través del test Short Form-36 HealthSurvey, en pacientes con Enfermedad Cardiovascular que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Público, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Ángel F. Chitay G.
Especialidad en Medicina Interna
Colegiado No. 13,094


Dr. Ángel Francisco Chitay Guamuch
Especialista en Medicina Interna

Colegiado No. 13,094

D-TG-MyC-049/2012

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO **HACE CONSTAR QUE:** Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **FRANCINY MARIBEL PAREDES CONTRERAS** titulado **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR"**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el veintiocho de septiembre de dos mil doce.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



MSc. Nery Waldemar Galdamez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC

c.c. Archivo

NWGC/ars



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 20 de Septiembre 2012.

Ref. MYCTG-16-2012.

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente
Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante Franciny Maribel Paredes Contreras carné 200240143, quien ha presentado el Informe Final de su Trabajo de Graduación Titulado **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARIO VASCULAR"**, el cual fue asesorado por el Médico y Cirujano especialista en Medicina Interna, Dr. Angel Francisco Chitay Guamuch colegiado 13,094, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio. Y revisado en cada una de sus fases por el Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés, Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio y el Dr. Rory René Vides Alonzo asesores del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación de esta carrera.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y los contemplados en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de los Centros Regionales Universitarios vigente en el Centro Universitario de Oriente, por *que se recomienda autorizar los trámites necesarios para la sustentación del examen público* previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"



Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado de la Unidad de Investigación - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente

"35 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/-Archivo-
Mdo/

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 20 de Septiembre 2012.

Ref. MYCTG-15-2012.

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante Franciny Maribel Paredes Contreras carné 200240143, quien ha presentado el Informe Final de su Trabajo de Graduación Títulado **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR"**, el cual fue asesorado por el Médico y Cirujano especialista en Medicina Interna, Dr. Angel Francisco Chitay Guamuch colegiado 13,094, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio. Y revisado en cada una de sus fases por el Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés, Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio y el Dr. Rory René Vides Alonzo revisores del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación de esta carrera.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y los contemplados en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de los Centros Regionales Universitarios vigente en el Centro Universitario de Oriente, por lo que se recomienda autorizar los trámites necesarios para la sustentación del examen público previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"35 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/-Archivo-
Mdo/

AGRADECIMIENTOS

Para alcanzar este logro de mi vida, fueron muchas las personas que intervinieron y sin las cuales quizá no estaría hoy aquí. Por tal razón principalmente quiero agradecer:

- A DIOS:** Te doy gracias por ser el que me llevó de la mano y me dirigió por el buen camino y permitirme culminar esta etapa en mi vida. Gracias, sin tú ayuda nada de esto sería posible.
- A MIS PADRES:** Con el reconocimiento y agradecimiento por sus oraciones, consejos y sacrificios por ver culminada esta meta en mi vida, este éxito es de ustedes.
- A MIS HERMANOS:** Por ser parte de mi vida, por el empuje que siempre me dieron para que me esforzara en mis estudios.
- A CUNORI:** A todo el personal que labora en este centro de estudios plan diario y fin de semana, porque fueron muchas las veces que me apoyaron durante la carrera.
- AL HOSPITAL** Regional de Zacapa y Modular de Chiquimula: Por haber sido mi segundo hogar y donde fue posible formarme como médico.
- A MI ASESOR:** Agradecimiento sincero por su ayuda profesional, por su dedicación y tiempo invertido.
- A MIS CATEDRÁTICOS:** Por haber compartido conmigo tantas horas de clase, sus vivencias y experiencia, y haberme formado no solo con los conocimientos necesarios para ser un profesional, sino que con los principios éticos y morales necesarios en una sociedad tan decadente.
- A MIS COMPAÑEROS:** Por haber compartido junto a mi todo este camino, el cual muchas veces fue difícil, otras sencillo, pero casi siempre divertido, y del cual logramos salir adelante.
- FINALMENTE:** A todas las personas que de uno u otra forma intervinieron para que este logro sea una realidad.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por ser siempre mi esperanza y sabiduría para lograr este triunfo anhelado. Su guía y bendiciones me han forjado a lo largo de esta vida

A MIS PADRES:

Oscar Humberto Paredes Morales y Alcira Maribel Contreras de Paredes, por enseñarme tanto y principalmente el amor de Dios y el respeto por los demás, tu ejemplo de valentía, amor y honestidad, tu incondicional apoyo en todo momento, tus sabios consejos y enseñanzas físicas, morales e intelectuales son los que han dirigido mi vida hacia un camino de éxito; por todo ello infinitas gracias, los amo.

A MIS HERMANOS:

Oscar Humberto Paredes Contreras y Lucero Celeste Paredes Contreras por ser parte de mi vida, por su inmenso cariño, muestras de afecto, por su ejemplo, por su ayuda y por darme ánimos para esforzarme siempre en mis estudios.

A MI FAMILIA EN GENERAL

Con todo mi cariño y respeto, muchas gracias por el apoyo y amor recibido por cada uno de ustedes.

A MI ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

Dr. Angel Francisco Chitay Guamuch por su amistad y ayuda en este trabajo, por sus consejos, por confiar en mí, pero sobre todo por su infinita paciencia.

A MI REVISOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio por las horas invertidas, por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A MIS AMIGOS

Cleidi Mariela Franco Hernández, Paulo César Recinos Landaverry, Hector Manuel Galeano Soto, por acompañarme en este camino, por brindarme su precioso tiempo y ayudarme en los momentos mas difíciles de mi vida.

ÍNDICE GENERAL

Descripción	Pág.
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	vi
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Antecedentes del problema	1
1.2 Hallazgos y estudios realizados	4
1.3 Definición del problema	7
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	8
2.1 Delimitación teórica	8
2.2 Delimitación geográfica	8
2.3 Delimitación institucional	8
2.4 Delimitación temporal	9
III. OBJETIVOS	9
3.1 Objetivo general	9
3.2 Objetivos específicos	9
IV. JUSTIFICACIÓN	10
V. MARCO TEÓRICO	11
CAPITULO I. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	11
CAPITULO II. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	15

VI. DISEÑO METODOLÓGICO	22
7.1 Tipo de estudio	22
7.2 Área de estudio	22
7.3 Universo o muestra	22
7.4 Sujeto u objeto de estudio	23
7.5 Criterios de inclusión	23
7.6 Criterios de exclusión	23
7.7 Variables estudiadas	23
7.8 Operacionalización de variables	24
7.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
7.10 Procedimientos para la recolección de información	26
7.11 Plan de análisis	27
7.12 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos	30
7.13 Cronograma	30
7.14 Recursos	31
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	32
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
IX. CONCLUSIONES	45
X. RECOMENDACIONES	46
XI. PROPUESTA	47
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
XIII. ANEXOS	66

INDICE DE CUADROS

Descripción	Pág.
1 Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.	32
2 Roles de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.	33
3 Calidad de vida relacionada a la salud y sexo de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.	34
4 Calidad de vida relacionada a la salud y edad de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012	35
5 Calidad de vida relacionada a la salud y escolaridad de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012	36

6	Calidad de vida relacionada a la salud y estado civil de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012	37
7	Calidad de vida relacionada a la salud y profesión de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012	38
8	Calidad de vida relacionada a la salud y procedencia de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012	39
9	Calidad de vida relacionada a la salud y situación laboral de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012	40
10	Medidas de tendencia central de evaluaciones de laboratorio de enfermedades asociadas en pacientes con enfermedad cardiovascular que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012	41
11	Evaluaciones de laboratorio de enfermedades asociadas en pacientes con enfermedad cardiovascular que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012	42

RESUMEN

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador que incorpora la apreciación del individuo sobre su enfermedad y el valor del tiempo de su vida asociado a limitaciones o discapacidades.

El impacto que genera las enfermedades cardiovasculares, en términos de mortalidad, incapacidad y costos médicos, determinan la imperativa necesidad de realizar estudios sobre la CVRS.

El SF-36 es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar CVRS en términos de funcionamiento físico y psicológico. Una vez obtenida la información se procedió a la creación de una base de datos mediante el programa Epi Info 3.5, y se correlacionaron las variables estudiadas el valor de p y el chi-cuadrado.

La CVRS de los pacientes con enfermedad cardiovascular que asistieron a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa, es mala en un 67% de los pacientes entrevistados, un 33% de ellos tienen una buena evaluación. Se estableció que existe relación entre la mayoría de las variables sociodemográficas estudiadas, las evaluaciones de laboratorio no mostraron una relación significativa entre una mala CVRS y las mismas.

Se recomienda incorporar la evaluación de la CVRS en la investigación clínica rutinaria, como una medida que permita influenciar a los pacientes en el conocimiento de su enfermedad, como estimación de los efectos de los tratamientos en sus patologías y evaluación de la supervivencia de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Calidad de vida relacionada con la salud, valora los aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos sino relacionados con la vida diaria del paciente y de qué modo se ve afectada por la presencia de la patología desde el punto de vista del propio paciente, mediante una valoración multidimensional, valorando distintos componentes de la vida cotidiana potencialmente influidos por la enfermedad, su tratamiento y tomando al propio paciente como fuente primaria de los datos.

En Guatemala no existen investigaciones que proporcionen información sobre la calidad de vida desde la óptica de la salud, por lo que la presente investigación describe la calidad de vida en relación a la salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular proporcionando visiones que permitan mejorar el servicio prestado.

La investigación que se realizó fue de carácter descriptivo y tuvo como objetivo: *Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test Short Form-36 Health Survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa.*

Para alcanzar dicho objetivo se formularon dos objetivos específicos, el primero busco, analizar la relación entre calidad de vida relacionada con la salud y las variables sociodemográficas estudiadas (sexo, edad, escolaridad, estado civil, profesión lugar de procedencia y situación laboral). El segundo determinar la relación entre calidad de vida relacionada con la salud y la existencia de enfermedades asociadas (diabetes mellitus, dislipidemia y tabaquismo).

Los resultados demuestran que el 67% de los pacientes tiene una mala calidad de vida relacionada con la salud. El estudio brinda la oportunidad de valorar la CVRS con una medida tangible, dando a conocer la importancia de la prevención secundaria y la rehabilitación cardiaca.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

Calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. El concepto es ampliamente utilizado en el ámbito social y de la salud como un objetivo o una meta de las acciones e intervenciones individuales (Cuevas 2004).

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida (González-Celis 2010).

El tema de la calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), aunque la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente nueva (Schwartzmann 2003).

Habitualmente el estado de salud o enfermedad en los individuos y la población ha sido medido por intermedio de marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o mediante el uso de indicadores epidemiológicos como las tasas; sin embargo, la descripción de la calidad de vida y su evaluación científica de manera periódica es más reciente (Botero 2007).

Con frecuencia se utilizan indistintamente dos términos muy relacionados, pero diferentes: Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Es un error intercambiarlos, en realidad, el primero incluye al segundo al ser mucho más amplio (Dessotte *et al.* 2011).

El termino Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), puede ser definida como la percepción de la persona sobre su propia enfermedad y el valor del tiempo de su vida asociado a limitaciones o discapacidades de índole física, psicológica, social y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad,

sus secuelas, tratamiento, accidentes o determinadas políticas, y no sólo cuánto le queda por vivir (Савченко у Тетерюков 2011).

Se reconoce que en la mayoría de los países del mundo la esperanza de vida al nacer se ha incrementado; así, para el caso de Guatemala, mientras en 1960 era de 45.75 años, para 2011 aumentó a 70.88 años. Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan esos años haya mejorado (González-Celis 2010).

La calidad de vida relacionada con la salud es sin duda, un tema complicado y sobre el cual los investigadores les ha sido difícil lograr un avance. (Schwartzmann 2003.) Desde que en 1,987 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud, *no como la ausencia de enfermedades*, sino como *el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social*, el estudio de la calidad de vida dentro de las ciencias de la salud se ha convertido en un tema esencial (Pérez 2007).

En la actualidad el mundo está experimentando un rápido aumento en los problemas crónicos de salud, de manera que las enfermedades crónicas constituyen más de la mitad de la carga mundial de morbilidad, muchas veces con su trágico curso hacia la invalidez y el deterioro de la calidad de vida de las personas (Савченко у Тетерюков 2011).

Las muertes por Enfermedad Cardiovascular (ECV) afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y Accidente Vascular Cerebral (AVC), y se estima que sigan siendo la principal causa de muerte (Ucoz 2010, Who 2011).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), las enfermedades crónicas han sido consideradas devastadoras, no solamente para los individuos y familiares, también incluye las comunidades, particularmente las más carentes,

mostrando ser una amenaza creciente para el desarrollo económico (Dessotte *et al* 2011, Heran *et al* 2011).

La OMS retoma el tema, al crearse en 1,991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad. Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación (Bernestein 2010).

La CVRS no está vinculada directamente con la evolución clínica favorable del paciente, sino con la percepción que tiene el paciente con respecto a su evolución, considerando otros aspectos complementarios al aspecto clínico. Por tal motivo, se han desarrollado diversos cuestionarios para establecer una aproximación a la medición de la Calidad de Vida (Escalona 2005).

Estos cuestionarios no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, entre otras, sino que las complementan, introduciendo la visión del propio paciente sobre su percepción de salud (Yanguas 2006).

Los primeros cuestionarios para la valoración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se desarrollaron en los años 70 pero, en general, eran excesivamente largos y de difícil aplicación (Ruiz 2005). A comienzos de los años 80 aparecen desarrollados los perfiles de salud:

- Perfil de Salud de Nottingham (PSN): consta de 45 ítems y evalúa 6 dimensiones de salud con dos respuestas posibles (Si/No) su versión en español no ha sido muy utilizada.
- World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF: contiene 236 preguntas; cubre seis áreas y 29 facetas de calidad de vida no ha sido muy utilizado por su extensión, WHOQOL-100 es la versión corta compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global

y la salud general utiliza respuestas ordinales tipo Likert, ha sido más utilizado en poblaciones con un nivel educativo elevado.

- Short Form-36 Health Survey (SF-36): el cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a partir de una serie de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (MOS) en los EE.UU. e incluía 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear un nuevo cuestionario de manera eficiente, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener las propiedades psicométricas del cuestionario inicial creándose así el SF-36 con una reducción de la longitud del cuestionario de un 84% (Heran *et al* 2011).

El SF-36 ha sido desarrollado para medir ocho conceptos de la calidad de vida relacionada a la salud, es una escala multi-ítem que contiene 36 ítems que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional. El área del estado funcional está representada por las siguientes dimensiones: función física (10), social (2), papel de limitaciones para problemas físicos (4), y emocionales (3). Finalmente el bienestar emocional incluye las dimensiones de: salud mental (5), energía o fatiga (4), dolor (2), percepción de salud (5) y cambio de salud durante el pasado año (Korošec 2006).

El SF-36 es el mejor instrumento genérico de medida de la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cardiopatía (Petro 2010).

1.2 Hallazgos y estudios realizados

Los primeros estudios sobre el efecto de la enfermedad en la persona, es decir, en sus actividades profesionales se llevaron a cabo durante el examen de la población en Australia e Irlanda en 1851 – 1891, cuando se estudió la propagación de las enfermedades (Castillo 2008, Ucoz 2010).

En 1947 Karnofsky evaluó el impacto de la quimioterapia en los aspectos físicos de calidad de vida de los pacientes con cáncer inoperable. Con esto comenzó un estudio exhaustivo de la persona que padece trastornos somáticos (Cuevas 2004, Cabrera 2009).

En los años 50 aparece por primera vez el término *calidad de vida* (Schwartzmann 2003). Durante esta década e inicio de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales y estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población (Gómez 2000).

En el contexto de la medicina, el término "calidad de vida" fue utilizado por primera vez en 1966 (Domínguez y Moreno 2007). En Kentucky Estados Unidos, Mainous 1995 realizó un estudio con personas de áreas urbanas y rurales con el test SF-36, en el que encontró que las del área urbana tenían un estado de salud más pobre en la medición de las subescalas de funcionamiento físico y social, roles, salud mental general y percepción general de salud (Eddleston *et al* 2000).

Luque destacaba en 1987 que la medición de la calidad de vida relacionada con la salud es un instrumento para mejorar la atención al paciente hipertenso y disminuir el abandono de los tratamientos (Cuevas 2004).

Vilagut, en el 2005 realizó un meta análisis sobre la fiabilidad y validez del test SF-36 encontrando que el índice de fiabilidad α de Cronbach fue superior de 0,7 (punto de corte mínimo) en el 96% de las estimaciones (Vilagut *et al* 2005). El SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud. El SF-36 predijo mortalidad y detectó mejoría tras la angioplastia coronaria, la cirugía de hipertrofia prostática benigna y la ventilación domiciliar no invasiva (Cuevas 2004).

Pérez Villares en el 2007 en España investigó las características epidemiológicas y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud a través del test SF-36, al año del episodio de enfermedad cerebrovascular aguda al alta de unidad de cuidado intensivo del hospital de Andalucía, encontrando relación entre la severidad al momento del ingreso hospitalario y una mala calidad de vida relacionada con la salud.

Castillo en el 2008 estudio la CVRS en personas con enfermedades crónicas degenerativas en Cuba en el cual se evaluaron 300 personas con el test WHOQOL-100 y encontraron que el 51.3% de los enfermos consideraron su calidad de vida relacionada con la salud "ni pobre ni buena" y 33.3% como "buena". 48.6% se valoró "ni satisfecho, ni insatisfecho" y 33.3% "satisfecho".

Hernández en el 2009 en Colombia investigó el impacto de la rehabilitación cardíaca en la Calidad de Vida de pacientes con enfermedad coronaria a través del test SF-36, encontrando mejoría en los dominios de función física, rol social, vitalidad y dolor (Vilagut *et al* 2005).

Marosti, Spadoti, en el 2011 en Brasil evaluaron la CVRS de sujetos internados, como consecuencia del primer síndrome coronario agudo se evaluaron 253 pacientes con el test SF-36. Se observó que las mejores evaluaciones se encuentran en los dominios: aspectos sociales ($x = 86$; $de = 26,3$) y aspectos emocionales ($x = 79,4$; $de = 39,5$), en cuanto los dominios percibidos como más comprometidos para los sujetos fueron: aspectos físicos ($x = 57,7$; $de = 47,6$), salud mental ($x = 62,9$; $de = 25,1$) y vitalidad ($x = 63$; $de = 27,2$) (Dessotte *et al* 2011).

1.3 Definición del problema

La evaluación de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar (Schwartzmann 2003).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo (Misrachi 2005, Yanguas 2006). El Hospital Regional de Zacapa durante el año 2011 recibió 3,598 ingresos a los servicios de medicina interna. La mayor parte de estos ingresos fue a consecuencia de enfermedades cardiovasculares y el 40% de estos tuvieron que ser referidos a la clínica de cardiología.

Después del diagnóstico, los individuos se enfrentan con situaciones como, tener que aprender a convivir con la enfermedad cardiovascular y las posibles incapacidades que estas enfermedades presentan, lo que ha generado la realización de investigaciones sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de esos sujetos (Dessotte *et al* 2011, Graf *et al* 2003, Riera *et al* 2011).

La clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa cuenta con una gran afluencia de pacientes, tan solo durante el 2011 asistieron a consulta 2,438 personas. Durante este año los ingresos y la mortalidad por esta causa, se ha incrementando. En el hospital fallecieron 169 pacientes, 44% (n: 74) de ellos lo hicieron por enfermedad cardiovascular.

La mayoría de los estudios que han evaluado la calidad de vida relacionada con la salud de individuos con enfermedad cardiovascular fueron realizados en los Estados Unidos, Europa, en América Latina estos estudios son todavía incipientes. Los estudios no son aplicables a otros países porque esta evaluación debe adecuarse al contexto de la cultura y al sistema de valores en el cual vive el paciente (Dessotte *et al* 2011). En Guatemala actualmente no hay estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular. En consecuencia se considera la necesidad de investigar ¿Cual es la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa?

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

2.1 Delimitación teórica

El presente estudio tiene un fundamento epidemiológico, pretende describir las características socio-demográficas, y enfermedades asociadas determinantes de acontecimientos relacionados con la salud de pacientes con enfermedad cardiovascular. Se utilizará el método inductivo, porque para alcanzar los objetivos se partirá de situaciones particulares, tomando en cuenta las opiniones de los pacientes que asisten a la clínica de cardiología.

2.2 Delimitación geográfica

El departamento de Zacapa, fue creado por decreto número 31 del Ejecutivo, el 10 de noviembre de 1871. El Departamento de Zacapa se encuentra situado en la región Nor-Oriente de la república de Guatemala. Limita al Norte con los departamentos de Alta Verapaz e Izabal; al Sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al Este con el departamento de Izabal y la república de Honduras; y al Oeste con el departamento de El Progreso. Su cabecera departamental es Zacapa. Por su configuración geográfica que es bastante variada, sus alturas oscilan entre los 130 msnm en Gualán y los 880 en el municipio de la Unión, su clima es cálido. Zacapa es habitado en su mayoría por descendientes europeos españoles.

2.3 Delimitación institucional

La investigación se realizó en el Hospital Regional de Zacapa, en la clínica de cardiología de la institución, la cual fue creada en 1982 por el Dr. Oscar Ayáu. Actualmente la clínica de Cardiología ha prestado sus servicios durante 30 años ininterrumpidos.

2.4 Delimitación temporal

La fase de obtención de la información del presente estudio se realizó del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

3.2 Objetivos específicos

1. Establecer la relación entre calidad de vida relacionada con la salud y las variables sociodemográficas estudiadas (sexo, edad, escolaridad, estado civil, profesión, procedencia y situación laboral).
2. Determinar la relación entre calidad de vida relacionada con la salud y la existencia de enfermedades asociadas (diabetes mellitus, dislipidemia y tabaquismo).

IV. JUSTIFICACIÓN

La aplicación, a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida, y el terrible dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, ponen sobre el tapete la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes.

Se ha comprobado que las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles contribuyen a la aparición o persistencia de la pobreza (Ruiz 2005). La utilidad de la valoración de la calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular radica en la ayuda que aporta para planificar futuros cuidados, es predictiva de la respuesta al tratamiento y ayuda en la toma de decisiones acerca del mismo (Who 2011).

Al haberse tornado insuficiente las medidas tradicionales de morbilidad y expectativa de vida, la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud se vuelve fundamental en la evaluación de resultados de salud.

El conocimiento sobre la calidad de vida relacionada con la salud podrá auxiliar a los médicos en la comprensión de como los pacientes perciben las manifestaciones de la enfermedad cardiovascular y, consecuentemente, como esos sujetos deberán ser abordados por el equipo de salud priorizando la prevención de eventos más graves y, posteriormente, auxiliando en el plano de cuidado durante la internación y en el proceso de rehabilitación.

El impacto que genera las enfermedades cardiovasculares, en términos de mortalidad, incapacidad y costos médicos, determinan la imperativa necesidad de realizar estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud para la posterior creación de estrategias para el manejo de la patología cardiovascular en forma integral, mejorando así la calidad del servicio prestado.

V. MARCO TEÓRICO

Capítulo I. Calidad de vida relacionada con la salud

5.1 Calidad de vida

Calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc (Escalona 2005).

Los indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social, por ejemplo el Índice de Desarrollo Humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países (Ruiz 2005).

Tradicionalmente, la salud se ha abordado desde el ámbito médico y su discusión se ha circunscrito principalmente a la detección y el tratamiento de las enfermedades, el alivio del dolor y la curación. A medida que la ciencia médica se ha ido desarrollando, este abordaje ha resultado insuficiente y ha sido necesario ampliar el concepto de salud a la totalidad de la vida del paciente (Ruiz 2005).

5.2 Definición calidad de vida relacionada con la salud

El concepto calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) aparece en las sociedades occidentales en un momento en el que la esperanza de vida ha aumentado sensiblemente y en el que predomina la convicción de que el papel de la medicina no debe ser únicamente el de proporcionar muchos años de vida a las personas, sino, sobre todo, el de aportar una mejora en la calidad de los años vividos (Ruiz 2005).

La Organización Mundial de la Salud define la salud como algo más que la liberación de la enfermedad, ampliando sus límites a la totalidad del bienestar físico, psicológico y social. La salud se ha convertido en un bien social al que los ciudadanos tienen derecho y se percibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de la felicidad del individuo (Bernestein 2010).

La calidad de vida relacionada con la salud se centra en los aspectos de nuestra vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud (Ruiz 2005).

5.3 Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, a las que se denominan dimensiones. Por tanto, la CVRS es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente (Ruiz 2005).

5.3.1 Funcionamiento físico

Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía (Ruiz 2005).

5.3.2 Bienestar psicológico

La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión. También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento (Ruiz 2005).

5.3.3 Estado emocional

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones y la metapreocupación (Ruiz 2005).

5.3.4 Dolor

Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana (Ruiz 2005).

5.3.5 Funcionamiento social

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral (Ruiz 2005).

5.3.6 Percepción general de la salud

Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores (Ruiz 2005).

5.4 Valoración de las medidas de CVRS

La CVRS se evalúa mediante cuestionarios diseñados específicamente para ello y que reflejan el punto de vista del paciente. Estos instrumentos suelen estar formados por preguntas cerradas adaptadas al idioma y la cultura del paciente evaluado y deben de disponer de propiedades métricas demostradas (Escalona 2005).

Debe tenerse en cuenta que un tratamiento puede influir sólo sobre un subconjunto de las dimensiones de la CVRS y no siempre implicando una mejoría pueden incluso darse efectos paradójicos; así, algunas enfermedades asintomáticas, como la hipertensión, apenas influirán sobre las dimensiones de bienestar físico, pero la medicación puede influir negativamente sobre la autonomía o las actividades cotidianas (Bernestein 2010).

La calidad de vida es una percepción subjetiva de la propia realidad. Un mismo estado de salud puede ser percibido de maneras muy distintas por las diferentes personas, dependiendo, por ejemplo, de la duración de la enfermedad, de la experiencia previa con enfermedades más graves o de la capacidad personal para afrontar el dolor y las situaciones difíciles (Ruiz 2005).

5.5 Clasificación de los instrumentos de medida

Los instrumentos de medida de la CVRS se dividen en instrumentos genéricos y específicos. Los cuestionarios genéricos incluyen la mayoría de las dimensiones ya mencionadas y se utilizan para medir la calidad de vida general de la población (perfiles de salud o cuestionarios tradicionales de calidad de vida, instrumentos de medición de utilidades o preferencias) (Escalona 2005).

Cuestionarios específicos se utilizan para evaluar la calidad de vida asociada a enfermedades o dolencias concretas (obesidad, dispepsia, hiperplasia prostática benigna, diabetes, SIDA, etc.), o a ciertos grupos de individuos (niños, mayores, drogodependientes) (Escalona 2005).

5.6 La calidad de vida en la investigación y los estudios clínicos

La mejora de la calidad de vida de los pacientes debe ser una motivación fundamental de toda intervención terapéutica. No sólo es importante prolongar la vida de los pacientes, sino que esta prolongación vaya acompañada de unas

condiciones de vida razonablemente buenas. Tal es la importancia que está adquiriendo el efecto de las intervenciones sanitarias sobre la calidad de vida, que los principales organismos reguladores que autorizan la comercialización de nuevos medicamentos pueden, como hace la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense, aceptar un medicamento que mejore sustancialmente dicha calidad de vida aunque acorte la supervivencia del paciente terminal (Escalona 2005).

5.6.1 Predicción de la evolución de la enfermedad

Diferentes estudios han demostrado que la salud percibida, conocida mediante una pregunta o, más sofisticadamente, mediante un instrumento que mida la CVRS, permite predecir la mortalidad a medio plazo (entre 6 y 9 años) o el empeoramiento del estado de la enfermedad, y que esta capacidad de predecir la evolución del estado de salud es independiente del diagnóstico y de los factores de riesgo tradicionales. De la misma manera, los cambios del estado de salud detectados por los instrumentos que miden la CVRS son capaces de predecir los días de hospitalización, la utilización de servicios de atención primaria y el consumo de otro tipo de recursos relacionados con el gasto sanitario (Escalona 2005).

Capítulo II. Enfermedades cardiovasculares

6.1 Definición

El término enfermedades cardiovasculares (ECV) es usado para referirse a todo tipo de enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos, (arterias y venas). Este término describe cualquier enfermedad que afecte al sistema cardiovascular, es utilizado comúnmente para referirse a aquellos relacionados con la arteroesclerosis (Who 2011).

La mayoría de los países lidian con altas y crecientes tasas de enfermedades cardiovasculares. Cada año más estadounidenses mueren de enfermedades del corazón que de cáncer (De la Cuerda *et al.* 2011.) Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Esta es la causa número uno de muerte y discapacidad en Estados Unidos y de la mayoría de países europeos (Who 2011).

Durante el 2004 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los Accidente vascular cerebral (AVC). Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios (Cuerda de la *et al* 2011).

Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y AVC, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte (Who 2011).

6.2 Clasificación

Las enfermedades cardiovasculares, es decir, del corazón y de los vasos sanguíneos, son (Who 2011):

- La cardiopatía coronaria – enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el miocardio;
- Las enfermedades cerebrovasculares – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- Las arteriopatías periféricas – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- La cardiopatía reumática – lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por estreptococos;

- Las cardiopatías congénitas – malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; y
- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares – coágulos de sanguíneos (trombos) en las venas de las piernas, que pueden embolizarse y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones (Who 2011).

6.3 Factores de riesgo

Se entiende por factores de riesgo aquellas características biológicas o conductuales cuya presencia confiere una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad en el futuro. Los factores de riesgo cardiovascular aterosclerótico bien establecidos son: el tabaco, dislipidemia, diabetes, las cifras elevadas de presión arterial, la obesidad, la falta de ejercicio físico regular (sedentarismo), los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y el estrés (Sans 2006).

6.3.1 Tabaco

El riesgo de infarto de miocardio de los fumadores es más del doble que el de los no fumadores. El humo del tabaco es el principal factor de riesgo para la muerte súbita de origen cardíaco y los fumadores tienen de dos a cuatro veces más riesgo que los no fumadores. Los fumadores que tienen un infarto tienen mayor probabilidad de morir y de morir súbitamente (en la primera hora). El humo del tabaco también actúa con otros factores de riesgo para potenciar el riesgo de cardiopatía coronaria. El riesgo cardiovascular disminuye rápidamente al dejar de fumar. El tabaquismo es más frecuente en las mujeres y los hombres de menores niveles socio-económicos (Sans 2006).

6.3.2 Dislipidemia

El nivel de colesterol es uno de los factores de riesgo más importantes. A medida que aumenta el nivel de colesterol en sangre, aumenta el riesgo de cardiopatía

coronaria. El colesterol de una persona depende de la edad, el sexo, la herencia y la alimentación. Al nacer el colesterol es muy bajo, entre los 70 y 80 mg/dl y va aumentando con la edad sobre todo a partir de la pubertad, hasta situarse a los 40 años, alrededor de los 210-220 mg/dl, dependiendo del entorno cultural. El colesterol es necesario para la síntesis de hormonas, especialmente las hormonas sexuales. Junto con otros tipos de grasas o lípidos como los triglicéridos, son una parte esencial de las membranas celulares (Sans 2006).

6.3.3 Diabetes

Las mujeres con diabetes tienen entre 3 y 5 veces más riesgo de tener enfermedades cardíacas e ictus que las mujeres no diabéticas. En cambio en los hombres el riesgo de cardiopatía isquémica en presencia de diabetes es sólo de 2-3. La presencia de diabetes es un factor de riesgo y una enfermedad tan poderosa que anula la protección cardiovascular de la que gozan las mujeres premenopáusicas frente a los hombres, aún cuando los niveles de glucemia estén bajo control. Alrededor de dos tercios de las personas diabéticas mueren de alguna enfermedad cardiovascular (Sans 2006).

6.3.4 Obesidad

El exceso de peso y la obesidad es un factor que predispone de forma importante a las ECV y para la diabetes del adulto. En las sociedades occidentales, el peso corporal aumenta con la edad en ambos sexos, pero el ritmo de aumento en la mujer es más acelerado que en los hombres de la misma edad. La obesidad es mucho más frecuente en las mujeres de niveles socioeconómicos o educativos inferiores (Sans 2006).

La obesidad abdominal se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar una cardiopatía o un ictus aún en ausencia de otro factor de riesgo, puesto que la obesidad aumenta la presión arterial y los niveles de colesterol y triglicéridos, y reduce el colesterol HDL. La obesidad se asocia a menudo con el aumento de la

presión arterial que junto con las alteraciones del metabolismo de las grasas constituye el llamado síndrome metabólico (Corella y Ordovás 2007).

6.3.5 Hipertensión arterial

La presión arterial alta aumenta el esfuerzo del corazón, acelera el proceso de aterosclerosis y aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. Cuando la hipertensión coexiste con otros factores de riesgo, la probabilidad de infarto o accidente vascular cerebral aumentan muchas veces (Corella y Ordovás 2007).

Las causas de las ECV están bien definidas y son bien conocidas. Las causas más importantes de cardiopatía y AVC son los llamados "factores de riesgo modificables": dieta malsana, inactividad física y consumo de tabaco, "factores de riesgo intermedios": aumento de la tensión arterial, glicemia y los lípidos de la sangre, sobrepeso y obesidad (Corella y Ordovás 2007).

Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular (Corella y Ordovás 2007).

También hay una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, es decir, "las causas de las causas", que son un reflejo de las principales fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales: la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población. Otros determinantes de las ECV son la pobreza y el estrés (Corella y Ordovás 2007).

6.4 Costo económico de las enfermedades cardiovasculares

Las ECV afectan a muchas personas de mediana edad, y a menudo reducen gravemente los ingresos y los ahorros de los pacientes y de sus familias. Los ingresos que dejan de percibirse y los gastos en atención médica

socavan el desarrollo socioeconómico de las comunidades y de los países (Cuerda de la *et al* 2011).

Las ECV suponen una gran carga para las economías de los países. Por ejemplo, se calcula que en el próximo decenio (2006-2015) China perderá US\$ 558 000 millones de renta nacional debido a las cardiopatías, los AVC y la diabetes (Cuerda de la *et al* 2011).

Más de 80% de las defunciones causadas por las ECV en el mundo se producen en los países de ingresos bajos y medianos. Los habitantes de dichos países están más expuestos a los factores de riesgo que desembocan en las ECV y otras enfermedades no transmisibles y carecen de acceso a los métodos preventivos que se aplican en los países de ingresos altos (Cuerda de la *et al* 2011).

En el nivel macroeconómico, las ECV imponen una carga onerosa a los países de ingresos bajos y medianos. Se calcula que las cardiopatías, los accidentes vasculares cerebrales y la diabetes reducen entre 1% y 5% el producto interno bruto en los países de ingresos bajos y medianos que pasan por un crecimiento económico rápido, pues muchas personas mueren prematuramente (Cuerda de la *et al* 2011).

6.5 Enfermedad cardiovascular y calidad de vida relaciona con la salud

La utilidad de la valoración de la CVRS en la enfermedad cardiovascular radica en la ayuda que aporta para planificar futuros cuidados, es predictiva de la respuesta al tratamiento y ayuda en la toma de decisiones acerca de este, con lo que constituye una medida de resultado sumamente prometedora. En esta utilización del concepto se unen, generalmente, dos propósitos programáticos: el primero consiste en dejar que la persona afectada se exprese, pues la calidad de vida de una persona sólo la puede juzgar adecuadamente ella misma, y el segundo pretende captar diferentes circunstancias cualitativas, más o menos pronunciadas

e individualmente variables, por medio de un método de medición estandarizado (Cuerda de la *et al* 2011).

El uso de la CVRS supone ir más allá de medidas sólidas y objetivas, pero limitadas sólo a fenómenos muy evidentes, como la mortalidad o la tasa de infarto de miocardio, para obtener una información más sutil y referida a fenómenos menos aparentes pero de gran trascendencia para la determinación del estado de salud. Sin embargo, el estado actual de desarrollo de la medición de la calidad de vida, que todavía puede perfeccionarse, justifica la aparición de estudios de enfermedad cardiovascular sobre los parámetros de CVRS, como medidas de resultado a tener en cuenta (Cuerda de la *et al* 2011).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio

Descriptivo transversal.

7.2 Área de estudio

Clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa.

7.3 Universo o muestra

El universo se encuentra conformado por 2,438 pacientes que asistieron a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el año 2011.

Determinación de la muestra:

$n = \frac{0.25 N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N - 1) + 0.25}$	En donde: N = Población total n = tamaño de la muestra α = Error tipo 1 z = Desviación estándar 1 = Constante
---	---

Aplicación de la formula:

$$n = \frac{0.25 N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N - 1) + 0.25} = \frac{0.25 * 2,438}{\left(\frac{0.05}{1.96}\right)^2 (2,438 - 1) + 0.25}$$

$$n = 331.984744 \cong 332$$

La muestra representativa de la población objeto de estudio es de 332 pacientes.

7.4 Sujeto u objeto de estudio

Pacientes que asistan a consulta en la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa.

7.5 Criterios de inclusión

- Pacientes que asistan a consulta en la clínica de cardiología del Hospital de Zacapa durante el periodo establecido.
- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cardiovascular e historia clínica completa para el estudio.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Deseo de participar en el estudio.

7.6 Criterios de exclusión

- Pacientes evaluados en otras clínicas.
- Pacientes con otros diagnósticos que no son de enfermedad cardiovascular.
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con discapacidad verbal para contestar la entrevista.

7.7 Variables estudiadas

- Variable independiente: pacientes con enfermedad cardiovascular que asisten a consulta en la clínica de cardiología del Hospital de Zacapa.
- Variable dependiente: calidad de vida relacionada con la salud.
- Variables intervinientes: características socio-demográficas y enfermedades asociadas.

7.8 Operacionalización de variables

Cuadro 1 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Independiente: Enfermedad cardiovascular.	Enfermedad del corazón y los vasos sanguíneos.		Cualitativo	Nominal
Dependiente: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.	La percepción de la persona sobre su propia enfermedad y el valor del tiempo de su vida asociado a limitaciones o discapacidades de índole física, psicológica, social y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, tratamiento, accidentes o determinadas políticas, y no sólo cuánto le queda por vivir.	Puntaje SF - 36	Cualitativa	Nominal
Interviniente Características socio-demográficas.	Cualidad o circunstancia particular que describe estadísticamente a las poblaciones humanas, su estado y sus variaciones sociales en un país o región determinados.	-Sexo -Edad -Escolaridad -Estado civil -Profesión -Situación laboral -Procedencia	Cualitativo	Nominal
Enfermedades asociadas.	Presencia de uno o más o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario.	Diabetes Mellitus Glucemia pre prandial $\geq 100\text{mg/dl}$ Dislipidemia HDL-c $\leq 40\text{mg/dl}$ en hombres. $\leq 50\text{ mg/dl}$ en mujeres. TG $\geq 150\text{mg/dl}$ Tabaquismo Índice tabáquico: Cigarros fumados al día * años fumados /20	Cuantitativa	Métrica

7.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La calidad de vida se evaluará mediante el cuestionario de salud SF-36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center de Boston, Massachussets, durante el Medical Outcomes Study (MOS). El SF-36 es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico y sus 36 ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud.

El SF-36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA), su adaptación al español siguió un protocolo común a todos los países que participaron en el proyecto y se basó en la traducción y retrotraducción seguida de la realización de estudios piloto (Alonso y Prieto & Antó 1995). En este estudio se utilizará la versión española 2.0.

El SF- 36 evalúa la calidad de vida a través de distintas dimensiones:

1. Función física: grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, tomar o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
2. Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
3. Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas)
4. Salud general: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 temas).
5. Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).

6. Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
7. Rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
8. Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

El SF-36 puntúa en una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida, por lo que en población general se esperan valores cercanos a 50 con desviación de 21 puntos. Adicionalmente este instrumento presenta dos índices sumarios (mental y físico) que tienen media poblacional de 50 y desviación de 10 puntos.

7.10 Procedimientos para la recolección de información

Se obtuvo autorización para la realización de este estudio en el Hospital Regional de Zacapa en la clínica de cardiología.

Para validar la comprensión del instrumento de investigación que se utilizó para determinar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se realizó una prueba piloto en una clínica similar a la entidad objeto de estudio, para este fin se seleccionó la clínica parroquial San Pedro Zacapa.

Una vez que se realizó la prueba piloto y hecho el ajuste correspondiente a los instrumentos de investigación se precedió a realizar el trabajo de campo en la institución en el periodo de tiempo antes descrito en donde se localizaron a los sujetos del estudio y sus respectivas historias clínicas, se buscaron las variables sociodemográficas estudiadas y las evaluaciones de enfermedades asociadas que se estudiarán en esta investigación.

Se explicaron los lineamientos de la investigación y en qué consistía la participación de los pacientes, se obtuvo el consentimiento informado de cada uno

ellos y se procedió a pasar el test SF-36 ya sea auto-administrado (cuestionario) o en forma verbal (entrevista).

7.11 Plan de análisis

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud.

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar 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).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son 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).

Cuadro 2 Recodificación de los ítems

Escala	Suma final de los valores de los ítems (después de recodificar los ítems)	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función física	3+4+5+6+7+8+9+10+11+12	10,30	20
Rol físico	13+14+15+16	4,8	1
Dolor corporal	21+22	2,12	10
Salud General	1+33+34+35+36	5,25	20
Vitalidad	23+27+29+31	4,24	20
Función social	20+32	2,10	8
Rol emocional	17+18+19	3,6	3
Salud mental	24+25+26+28+30	5,30	25

Fuente: Guía de evaluación SF-36 (John *et al* 2012).

El siguiente paso trata de transformar cada puntuación cruda de las escalas en una escala de 0 a 100, utilizando la siguiente formula:

Escala transformada = ((puntuación real cruda – puntuación cruda más baja posible) / (máximo recorrido posible de la puntuación cruda)) * 100

Esta transformación convierte las puntuaciones más bajas y las más altas posibles en 0 y 100 respectivamente. Las puntuaciones situadas entre estos valores representan el porcentaje del posible total de puntuación logrado.

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean mejor estado de salud.

Cuadro 3 Escala del estado de salud e interpretación de resultados bajos y altos SF – 36.

Dimensión	No. De ítems	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición de la salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: Guía de evaluación SF-36 (John *et al* 2012).

Una vez obtenidos los datos, se procedió a la creación de una base de datos mediante el programa Epi Info 3.5, se correlacionará las variables estudiadas y se determinara el valor de p y el chi-cuadrado.

7.12 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

Esta investigación es de categoría I; sin riesgo, no se realizará ninguna intervención fisiológica, psicológica o social con las personas que participaron en el estudio. Se explicará a los pacientes, de forma oral, los objetivos del trabajo en el hospital.

Se les solicitará consentimiento informado a los pacientes con enfermedad cardiovascular que deseen participar voluntariamente en el estudio por medio de un documento escrito y firmado por el participante.

7.13 Cronograma

Cuadro 4 Cronograma de actividades

Meses Descripción	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Planteamiento del problema.								
Solicitud y aprobación del problema.								
Elaboración del protocolo de investigación.								
Realización del trabajo de campo.								
Tabulación y análisis de los datos.								
Elaboración del informe final.								
Presentación informe final.								

Fuente: Elaboración propia

7.14 Recursos

- **Humanos**
 - o 1 investigador
 - o 2 colaboradores
 - o 1 asesor
 - o 1 revisor

- **Físicos**
 - **Materiales y suministros**
 - o Biblioteca del Centro Universitario de Oriente (libros y revistas)
 - o 332 fotocopias del instrumento SF - 36
 - o Servicio de internet
 - o Útiles de oficina

 - **Mobiliario y equipo**
 - o 1 computadora
 - o 1 impresora
 - o 1 fotocopiadora
 - o Tinta para impresora

- **Financiamiento**
 - o Papelería Q 2,800.00
 - o Transporte Q 1,000.00
 - o Equipo de oficina Q 2,200.00
 - o Servicio de internet Q 800.00
 - o Colaboradores Q 4,800.00
 - o Investigador Q 2,800.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Evaluación	Frecuencia
Buena CVRS	109 (33%)
Mala CVRS	223 (67%)
Total general	332

Fuente: Test SF-36 (John *et al* 2012).

La tabla anterior presenta la valoración del test SF-36 sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de 332 pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV), el 67% (n: 223) de los entrevistados tiene una evaluación negativa y un 33% (n: 109) de los pacientes tuvieron una evaluación positiva.

Cuadro 2. Roles de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Test SF 36	Buena CVRS		Mala CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	Buena	Mala	
Función física	69 (63%)	40 (37%)	52 (23%)	171 (77%)	332
Rol físico	84 (77%)	25 (23%)	29 (13%)	194 (87%)	332
Rol emocional	102 (94%)	7 (6%)	10 (4%)	213 (96%)	332
Dolor corporal	91 (83%)	18 (17%)	51 (23%)	172 (77%)	332
Salud general	67 (61%)	42 (39%)	13 (6%)	210 (94%)	332
Vitalidad	69 (63%)	40 (37%)	27 (12%)	196 (88%)	332
Función social	98 (90%)	11 (10%)	52 (23%)	171 (77%)	332
Salud mental	85 (78%)	24 (22%)	54 (24%)	169 (76%)	332

Fuente: Test SF-36 (John *et al* 2012).

En la presente tabla se destaca que de las 8 evaluaciones que realiza el test short form-36 health survey, el 67% de los pacientes que presentaron una mala calidad de vida relacionada con la salud, el puntaje más bajo de la evaluación se concentra en el rol emocional (96%) y la percepción de la salud en general (94%), que tienen los pacientes sobre sí mismos. Un 33% de los entrevistados tuvieron una evaluación positiva siendo el rol emocional (94%) y la función social (98%), los que obtuvieron un mejor puntaje.

Cuadro 3. Calidad de vida relacionada a la salud y sexo de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Sexo	CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	
Masculino	22 (23 %)	72 (77 %)	94
Femenino	87 (37 %)	151 (63 %)	238
Total	109 (33%)	223 (67%)	332
Chi Cuadrado (p = 0.0215)			

Fuente: Test SF-36 (John *et al* 2012).

Se estableció que existe una diferencia significativa entre las variables, siendo el sexo un factor determinante, se pudo definir que 1 de cada 4 pacientes que asisten a la clínica de cardiología es hombre y que este sexo, con un 77% (p = 0.0215) de los entrevistados tiene una mala calidad de vida relacionada a la salud, es decir que 3 de cada 4 pacientes masculinos tienen una evaluación negativa, mientras que el sexo femenino en un 63% de los casos, con una proporción de 2 de cada 3 pacientes también tienen una mala calidad de vida relacionada con la salud.

Cuadro 4. Calidad de vida relacionada a la salud y edad de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Edad	CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	
40-49 años	18 (31%)	40 (69%)	57
50-59 años	34 (49%)	35 (51%)	83
60-69 años	28 (35%)	52 (65%)	78
70-79 años	17 (21%)	65 (79%)	68
80-89 años	9 (25%)	27 (75%)	38
90-99 años	3 (43%)	4 (57%)	8
Total	109 (33%)	223 (67%)	332
Chi Cuadrado, Fisher (p = 0.0084)			

Fuente: Test SF-36 (John *et al* 2012).

La tabla muestra la distribución por grupo etario mostrando que entre la cuarta y quinta década de la vida la distribución de la buena o mala calidad de vida relacionada a la salud es más o menos homogénea. Se revela un incremento entre la sexta, séptima y octava década (ej. 70 - 79 años, 79% $p=0.0084$), y a partir de la novena década de la vida nuevamente la tendencia es a la homogenización probablemente por la avanzada edad de los pacientes. Al correlacionar las variables no existe relación significativa entre el sexo masculino ($p=0.0875$) o femenino ($p=0.1355$), un grupo etario determinado y la buena o mala evaluación sobre la calidad de vida relacionada a la salud.

Cuadro 5. Calidad de vida relacionada a la salud y escolaridad de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Escolaridad	CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	
Analfabeto	82 (31%)	182 (69%)	264
Primaria	27 (48%)	29 (52%)	56
Básico		10 (100%)	10
Diversificado		2 (100%)	2
Total	109 (33%)	223 (67%)	332
Chi Cuadrado, Fisher(p=0.0400)			

Fuente: Test SF-36 (John *et al* 2012).

Se destaca que el 79% (n: 264) de los pacientes son analfabetos, de ellos un 69% (n: 182) tienen mala evaluación, un 17% solo curso la primaria mostrando una distribución homogénea, mientras los que cursaron el básico y el diversificado el 100% tienen una evaluación negativa siendo esta significativa ($p= 0.0400$) y proporcional al mayor grado académico, peor calidad de vida relacionada con la salud, aunque estos pacientes solo representan el 4% de la población entrevistada.

Cuadro 6. Calidad de vida relacionada a la salud y estado civil de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Estado Civil	CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	
Casado	39 (23%)	127 (77%)	166
Divorciado	2 (67%)	1 (33%)	3
Soltero	3 (38%)	5 (63%)	8
Unido	35 (46%)	41 (54%)	76
Viudo	30 (38%)	49 (62%)	79
Total	109 (33%)	223 (67%)	332
Chi Cuadrado, Fisher (p = 0.0043)			

Fuente: Test SF-36 (John *et al* 2012).

Se pudo establecer que el 73% de la población estudiada, tiene una relación estable con una pareja, el 50% de ellos se encuentran casados, el 23% se encuentra unido, mientras que el 27% no reportan tener relación alguna. El 77% de los pacientes casados tienen mala calidad de vida relacionada con la salud $p= 0.0043$ y los pacientes divorciados, solteros o viudos presentan una distribución más uniforme.

Cuadro 7. Calidad de vida relacionada a la salud y profesión de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Profesión	CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	
Agricultor	19(22%)	66(78%)	85
Ama de Casa	81(36%)	145(64%)	226
Perito		3(100%)	3
Comerciante	5(38%)	8(62%)	13
Carpintero	4(80%)	1 (20%)	5
Total	109 (33%)	223 (67%)	332
Chi Cuadrado, Fisher (p = 0.0280)			

Fuente: Test SF-36 (John *et al* 2012).

Se pudo establecer que el 26% de la población estudiada son agricultores, el 68% refiere ser ama de casa, solo el 1% refieren ser peritos contadores, de estos el 100% tienen una evaluación negativa ($p= 0.0280$) esto se puede correlacionar con los datos de la tabla 5 en el cual se observa una tendencia a una mala calidad de vida relacionada con la salud, con un mayor grado académico.

Cuadro 8. Calidad de vida relacionada a la salud y procedencia de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Procedencia	CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	
Urbano	35 (38%)	56 (62%)	91
Rural	74 (31%)	167 (69%)	241
Total	109 (33%)	223 (67%)	332
Chi Cuadrado(p=0.1794)			

Fuente: Test SF-36 (John et al 2012).

La procedencia de los pacientes no tuvo una evidencia significativa ($p= 0.1794$), para determinar una relación entre una buena o mala evaluación de calidad de vida relacionada a la salud, se pudo observar una distribución similar entre ambos lugares.

Cuadro 9. Calidad de vida relacionada a la salud y situación laboral de pacientes con enfermedad cardiovascular a través del test short form-36 health survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Situación laboral	CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	
Ninguna	65(29%)	161(71%)	226
Empleado	16(22%)	57(78%)	73
Desempleado	10(30%)	23(70%)	33
Total	109 (33%)	223 (67%)	332
Chi Cuadrado, Fisher (p = 0.0288)			

Fuente: Test SF-36 (John *et al* 2012).

El 68% de los pacientes refirieron no tener una relación laboral, en su mayoría son las amas de casa, que aunque trabajan no tienen un salario pero si tienen una relación de dependencia con sus cónyuges, el 22% si refirieron tener un trabajo estable pero se destaca que este fue el grupo que obtuvo mayores evaluaciones negativas de calidad de vida relacionada con la salud (78% p= 0.0288), el 10% de la población estudiada no tienen un empleo fijo, se destaca que en relación a la situación laboral en todas las categorías las personas tuvieron una evaluación negativa mayor que el 70%.

Cuadro 10. Medidas de tendencia central de evaluaciones de laboratorio de enfermedades asociadas en pacientes con enfermedad cardiovascular que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Enfermedades Asociadas	Total general n: 332
Glicemia	
Media aritmética	132
Mediana	110
Moda	86
Colesterol HDL	
Media aritmética	114
Mediana	85
Moda	45
Triglicéridos	
Media aritmética	236
Mediana	165
Moda	156
Ningún paciente refirió ser fumador.	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En relación a las evaluaciones de laboratorio y las medidas de tendencia central la glicemia mostró una media aritmética en 132 mg/dl lo cual representa un factor de riesgo de resistencia a la insulina para la población, pero se destaca que la moda se encuentra en 86 mg/dl. En lo que respecta al colesterol HDL se encuentra en 114mg/dl mostrando un nivel óptimo de protección cardiovascular. Los triglicéridos la media se encuentra en 236 mg/dl representando un nivel elevado, la moda se encuentra en 156 mg/dl siendo este un valor riesgoso.

Cuadro 11. Evaluaciones de laboratorio de enfermedades asociadas en pacientes con enfermedad cardiovascular que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 de mayo al 15 de julio de 2012.

Enfermedades Asociadas	CVRS		Total general n: 332
	Buena	Mala	
Glicemia Chi Cuadrado (p = 0.0332) t Student (p = 0.3171)			
≤ 100	33(42%)	46(58%)	79
>100	31(29%)	75(71%)	106
Colesterol HDL Masculino Chi Cuadrado (p= 0.3278) t Student (p = 0.5)			
≤ 40	1(33%)	2(67%)	3
>40	11(50%)	11(50%)	22
Colesterol HDL Femenino Chi Cuadrado (p= 0.0462) t Student (p = 0.6179)			
≤ 50	13(56%)	10(44%)	23
>50	19(35%)	35(65%)	54
Triglicéridos Chi Cuadrado (p= 0.4880) t Student (p = 0.1471)			
≤ 150	15(35%)	28(65%)	43
> 150	25(35%)	46(65%)	71
Ningún paciente refirió ser fumador.			

Fuente: Boleta de recolección de datos.

El nivel de glicemia no mostró evidencia significativa entre una mala calidad de vida relacionada con la salud y el nivel de glicemia (>100 p= 0.3171). En lo que respecta al colesterol HDL tampoco se encontró relación entre ambos sexos, masculino (< 40 mg/dl p= 0.5) y femenino (< 50 mg/dl p= 0.6179) y una mala evaluación, al igual con los triglicéridos (p= 0.1471). Ningún paciente reporto ser fumador.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la actualidad el mundo está experimentando un rápido aumento en los problemas de salud, de manera que las enfermedades no transmisibles constituyen más de la mitad de la carga mundial de morbilidad, muchas veces con su trágico curso hacia la invalidez y el deterioro de la vida de las personas.

Los datos recolectados en el estudio han permitido evaluar a los pacientes con enfermedad cardiovascular, determinando que el 67% de ellos tienen una mala calidad de vida relacionada con la salud.

Al distribuir los pacientes por el sexo se encontró relación entre el género masculino y una mala evaluación de calidad de vida relacionada a la salud, estos resultados pueden estar relacionados con el efecto protector de los estrógenos en las mujeres premenopáusicas.

Los pacientes casados mostraron la misma relación pudiendo deberse a conflictos entre los cónyuges, al igual que la escolaridad y profesión, esto podría deberse que a mayor grado académico las personas tienen metas de vida mayores y al no llevarlas a cabo se frustran.

El factor económico juega un papel fundamental en la mala calidad de vida relacionada con la salud, se encontró evidencia significativa, esto podría estar ocasionado porque consideran que sus ingresos económicos no son proporcionales a los precios de la canasta básica, a esto se le debe agregar que no solo deben distribuir buena parte de su salario a la alimentación sino también a la compra de sus medicamentos que tienen un alto costo, lo cual los deja sin recursos para poder subsanar otras necesidades, perpetuando la pobreza.

No se pudo encontrar una asociación entre tener diagnóstico de diabetes mellitus no controlada y dislipidemia con una mala calidad de vida relacionada con la salud, ya que esta evaluación no está vinculada directamente con la evolución clínica favorable del paciente, sino con la percepción que tiene el paciente con respecto a su evolución.

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas por lo que un desbalance en alguna de estas áreas tendría como resultado insatisfacción que ocasionaría que el paciente perciba una mala calidad de vida relacionada con la salud.

El rol en el cual se concentran la mayoría de puntajes bajos es el emocional (96%) demostrando una grave interferencia de esta patología en las actividades diarias de los pacientes; y la percepción de la salud en general (94%) que es la valoración que hace la persona sobre sí mismo en lo que respecta a su enfermedad y las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

En la evaluación general que realiza el test del estado funcional y bienestar emocional la distribución fue homogénea, los pacientes con enfermedad cardiovascular no mostraron alguna tendencia negativa o positiva, sobre estas áreas de evaluación. Esta información se convierte en un punto importante, porque el paciente que tiene una limitación funcional grave se encuentra deprimido, ansioso y no tiene esperanza o la suficiente salud emocional para enfrentar dicho problema.

Lo anteriormente expuesto se convierte en un círculo vicioso que no permite la recuperación del paciente de forma integral, recargando así los servicios de salud de pacientes con limitaciones físicas importantes que consultan una y otra vez para calmar su ansiedad pero que a su vez creen que no se recuperaran de cualquier forma y que su única perspectiva es empeorar.

IX. CONCLUSIONES

1. De los 332 pacientes con enfermedad cardiovascular que asistieron a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa, tuvieron una mala evaluación sobre la calidad de vida relacionada con la salud en un 67% de los entrevistados.
2. Se pudo establecer que el sexo masculino es el que tiene mayor riesgo (77%, $p= 0.0215$), la avanzada edad tiene una relación proporcional, entre más anciana es la persona peor es su evaluación (43%, $p= 0.0084$), la profesión (100%, $p= 0.0280$) mostró una relación proporcional entre mayor grado académico (100%, $p=0.0400$) peor evaluación, las personas casadas (77%, $p=0.0043$) obtuvieron puntajes negativos, los pacientes asalariados (78%, $p=0.0288$) mostraron tendencia a la evaluación negativa, mientras que la procedencia no mostró ninguna relación.
3. No se encontró una relación significativa entre diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo y una mala evaluación, destacándose que solo el 26% ($n= 87$) de los 332 pacientes entrevistados se había realizado evaluaciones de laboratorio.

X. RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer los resultados de la investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular al Director del Hospital Regional de Zacapa y Jefe de Área de Salud, a través de la entrega de un resumen de resultados por escrito, para realizar intervenciones adecuadas a las necesidades de los pacientes a través de la propuesta respectiva.
2. Desarrollar un programa en la clínica de cardiología que coordine la evaluación, atención y prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares.
3. Dar seguimiento a este tipo de investigaciones por la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, en los cursos de conducta individual, conducta colectiva y salud pública, para generar información que permita crear acciones de salud que disminuya el impacto deletéreo en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

XI. PROPUESTA

En base a las recomendaciones planteadas anteriormente se propone lo siguiente.

Creación de un programa que coordine la atención, evaluación y prevención secundaria del paciente con enfermedad cardiovascular con los recursos ya existentes en el Hospital Regional de Zacapa.

INTRODUCCIÓN

Nuestro continente es heterogéneo en cuanto a su desarrollo, organización social, sistemas de atención médica, economía y particularmente recursos, los que representan un factor condicionante importante para implementar políticas de salud. La escasa tarea preventiva en el área de las enfermedades cardiovasculares, particularmente la enfermedad coronaria y cerebrovascular, es un problema en la gran mayoría de los países de América Latina.

La adopción de las medidas hoy reconocidas como recomendables en prevención secundaria de la enfermedad coronaria, debe tener en cuenta la particularidad de cada país, considerando, en primer lugar, la realidad epidemiológica de cada uno. En este sentido son importantes los estudios observacionales que nos permiten conocer la situación actual de cada lugar.

DEFINICIÓN

En la actualidad, uno de los grandes retos que tiene la salud pública es el dar cobertura a las actividades preventivas necesarias que eviten el agravamiento y recidiva que presentan los pacientes que han sufrido la manifestación de la enfermedad cardiovascular (Ictus, Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca...), así como evitar en la población sin manifestaciones clínicas la futura expresión de la patología aterosclerótica

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Para el desarrollo de los programas de prevención secundaria, es evidente que necesariamente sus actividades deben sustentarse en un amplio grupo de profesionales que desde la multidisciplinariedad sean capaces de abordar con éxito los amplios contenidos que debemos tratar. Dadas las amplias dificultades de desarrollar estos programas desde las diferentes organizaciones tanto públicas como privadas no sería imprescindible, aunque si deseable, contar con todos los miembros para comenzar y/o desarrollar programas estructurados.

Los servicios en funcionamiento adaptan sus actividades a las posibilidades de los miembros de que pueden disponer. De todos modos el trabajo coordinado del grupo, bajo la dirección siempre del médico especialista en cardiología o en su ausencia médico internista y la coordinación del miembro del equipo que asuma una función de liderazgo y de capacidad de enlace y conexión de las diferentes profesionales y núcleos de actividad, debe ser la herramienta fundamental que asegure el éxito y permita cumplir los objetivos que para cada paciente se determinen.

1. Cardiólogo – Internista.
2. Enfermería profesional.
3. Fisioterapeuta.
4. Psicólogo / Psiquiatra.
5. Trabajador Social.
6. Especialista en Nutrición.

OBJETIVOS

1. Mejorar y prolongar la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular.
2. Modificar los factores de riesgo cardiovascular para mejorar su estilo de vida.

3. Incorporación oportuna a las actividades laborales y habituales de su vida cotidiana.

PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA

Mejorar y prolongar la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular a través del seguimiento de este programa de atención (ver estrategias, fases de atención, evaluación del paciente, control de diabetes, control hipertensión arterial, control de lípidos).

Modificar los factores de riesgo cardiovascular para mejorar su estilo de vida. (ver intervención nutricional, control de peso, deshabituación del habito tabáquico)

Incorporación oportuna a las actividades laborales y habituales de su vida cotidiana. (ver consejos sobre actividad física habitual, intervención psicosocial)

ESTRATEGIA

Para cumplir con los objetivos se requieren dos pasos necesarios: el cambio de su estilo de vida y la adhesión al tratamiento. Ambos involucran desafíos al paciente, al profesional, a la comunidad donde residen y al sistema de salud. Para un mejor aprovechamiento de los recursos deben racionalizarse los gastos a través de la utilización apropiada de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación.

- Estilo de vida: Se insiste en tener conciencia del cambio de estilo de vida, el cual debe estar acompañado de una adherencia óptima al tratamiento para garantizar los resultados deseados a largo plazo.
- Adhesión al tratamiento: La falta de adherencia a los tratamientos es de carácter universal, tanto desde el punto de vista geográfico, como al tomar en cuenta el tipo de patología que se está interviniendo. En Latinoamérica a esto contribuyen factores culturales, socio-económicos, regionales y los sistemas de salud.

Los programas deben tener en cuenta aspectos fundamentales tales como un régimen terapéutico adecuado y comprensible, que pueda ser evaluado conjuntamente entre el equipo asistencial y el paciente. La carencia de alguno de estos factores determina un menor grado de adhesión.

FASES DE ATENCIÓN

Fase I: incluye el periodo comprendido durante la hospitalización, hasta que se produce el alta, con intervenciones tanto en unidad de cuidados intensivos, como en sala de hospitalización.

Fase II: es el período de convalecencia; que se inicia tras el alta del paciente y constituye el período donde se realizarán las actividades más intensas desde todos los aspectos que determinarán los cambios de nuevos hábitos de vida del paciente

Fase III: cuando el paciente se incorpora al programa supervisado de desarrollo y mantenimiento durante 4 - 6 meses

Fase IV: comprende el resto de la vida del paciente, y tiene como objetivo principal el mantenimiento de hábitos saludables, control de factores de riesgo, práctica habitual de actividad física y reincorporación a su realidad sociolaboral.

1. Evaluación del paciente (médico internista / cardiólogo)

- Desarrollar y/o actualizar la historia clínica del paciente que debe contener información referente a los diagnósticos de su patología cardiovascular incluyendo posibles alteraciones cerebrovasculares y existencia de enfermedad vascular periférica, así como los datos de las pruebas complementarias y procedimientos diagnósticos realizados poniendo énfasis en la valoración de la función ventricular izquierda, posibles enfermedades asociadas, identificación y valoración de factores de riesgo,

así como cálculo de riesgo de progresión de enfermedad cardiovascular
medicación prescrita y cumplimiento.

- Examen físico que incluya signos vitales, valoración del estado cardiopulmonar, de las cicatrices quirúrgicas o de técnicas intervencionistas, así como examen y valoración neuromuscular y función cognitiva.
- La estratificación de riesgo del paciente se va a hacer imprescindible e indispensable para la prescripción del tipo y pautas del programa de actividades en el que va a ser incluido el paciente. Esta clasificación va a basarse fundamentalmente en la etiología de la cardiopatía, capacidad funcional, umbral de isquemia con manifestaciones tanto eléctricas como clínicas, signos de disfunción ventricular izquierda, presencia de arritmias complejas y situación hemodinámica. Paralelamente es importante valorar el cálculo de riesgo de nuevos episodios agudos, presencia y dificultades para el control de factores de riesgo, así como la posible falta de habilidades del paciente (capacidad de comprensión, nivel educativo, soporte social...).
- La determinación de la función del ventrículo izquierdo es quizás, el principal factor determinante del riesgo de los pacientes cardiacos, siendo su disfunción factor de mal pronóstico y por tanto de previsión de alto riesgo.
- La ecocardiografía va a poder aportar datos importantes sobre función ventricular, localización y repercusión de los efectos del IAM mediante valoración de las alteraciones de la motilidad parietal.
- Las técnicas de los laboratorios de hemodinámica nos pueden dar una información casi definitiva sobre el alcance de las alteraciones y situación del árbol coronario.
- La valoración mediante electrocardiograma convencional, registro holter, nos van a aportar información sobre localización de las lesiones, presencia de isquemia, alteraciones del segmento ST, presencia de ondas Q patológicas bloqueo avanzado de la conducción, trastorno agudo de la

conducción intraventricular, presencia de arritmias con menor significación de riesgo (fibrilación auricular, extrasistolia ventricular aisladas...) y de otras malignas como taquicardia ventricular sostenida que añaden criterios de mal pronóstico por determinar la presencia de un sustrato arritmogénico que aporta inestabilidad eléctrica al miocardio pudiendo ser capaz de ocasionar graves complicaciones.

- La prueba de esfuerzo (PE), nos va a dar información sobre la existencia de isquemia miocárdica residual, aporta datos indirectos sobre el estado de la función ventricular y permite una valoración objetiva de la capacidad funcional
- Valoración de calidad de vida a través de cuestionarios establecidos y validados y entre ellos: SF-36, WhoQol-100.

2. Intervención nutricional

a) Evaluación (consulta nutrición)

- Obtener estimaciones de calorías totales diarias ingeridas y de los contenidos de la dieta, grasas, grasas saturadas, colesterol, sodio y otros nutrientes.
- Evaluar hábitos de alimentación, incluyendo número de comidas, frecuencia de comidas fuera de casa, y consumo de alcohol.
- Evaluar áreas de intervención nutricional que puedan influir en el peso, hipertensión, diabetes, así también en presencia de insuficiencia cardíaca, enfermedad renal y otras enfermedades.

b) Intervenciones

- Prescribir modificación dietética específica cuyo objetivo sea reducir las grasas saturadas y contenidos de colesterol.
- Individualizar plan dietético en función de las áreas de intervención identificadas.
- Educación y consejo al paciente y a los miembros de la familia, recordando objetivos dietéticos y como conseguirlos.

- Incorporar modelos de cambios de conducta y estrategias de cumplimiento en sesiones informativas e intervención individual.

3. Control de peso

a) Evaluación (consulta nutrición, consulta médico internista)

Medir el peso, altura y perímetro abdominal. Calcular y controlar la evolución del Índice de Masa Corporal. (IMC) y perímetro de cintura abdominal.

b) Intervenciones

- En pacientes con IMC > 25 kg/m² y perímetro de cintura abdominal superior a 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres:
 - o Establecer razonables objetivos individualizados a corto y largo plazo de reducción de peso, según el punto de partida del IMC.
 - o Desarrollar un programa específico de intervención que incluya dieta dirigida a evitar los desequilibrios nutricionales, ejercicio y actividad física y cambios de conducta dirigido a reducir la ingesta de calorías, asegurar la ingesta de nutrientes y fibra necesarios, así como favorecer la pérdida calórica.
 - o Producir un superávit energético de gasto de 500-1000 kcal/día que favorezca la pérdida de peso.

4. Control de lípidos

a) Evaluación (consulta nutrición, consulta médico internista)

- Obtener resultados analíticos en ayunas de colesterol total, HDL, LDL, y Triglicéridos. En aquellos pacientes con cifras alteradas realizar historia detallada de hábitos dietéticos, medicación y cumplimiento y otros aspectos que puedan afectar a las anormalidades detectadas.
- Evaluar tratamiento actual y cumplimiento.
- Repetir determinación de lípidos 4-6 semanas después de la hospitalización y a los dos meses de iniciar tratamiento o tras modificación.

b) Intervenciones

- Proporcionar consejo nutricional y control de peso según objetivos propuestos.

5. Control de hipertensión arterial

a) Evaluación (consulta médico internista/ cardiólogo)

- Obtener medidas de tensión arterial siempre con un mínimo de dos tomas en días distintos. Evaluar tratamiento farmacológico y su cumplimiento.

b) Intervenciones

- Si la tensión arterial se encuentra fuera de los rangos de normalidad.
- Recomendar y promocionar modificaciones en los estilos de vida incluyendo práctica de actividad física regular, control de peso, restricción moderada de sodio, consumo moderado de alcohol y abandono del hábito tabáquico.
- Prescribir medicación antihipertensiva.
- En pacientes con insuficiencia cardíaca, diabetes o insuficiencia renal seguir las guías de prescripción de medicamentos y consejos especiales para estilos de vida.

6. Deshabitación hábito tabáquico

a) Evaluación (consulta psicología, consulta médico internista)

- Determinar la historia y presencia del hábito tabáquico (nunca ha fumado, exfumador, fumador actual). En caso de exfumadores determinar el tiempo que lleva sin fumar, valorar historia de recaídas. Valorar en caso de fumadores tipo de tabaco, consumo, así como exposición al humo de tabaco como fumador pasivo.
- Valorar la actitud del paciente para dejar de fumar. Importante considerar esta actitud en los últimos 6 meses:

- o Si no se lo ha planteado (fase de precontemplación), insistir en esta y en futuras visitas en que lo debe de hacer.
- o Si ya se lo ha planteado (fase de contemplación), realizar intervención.
- o No perder el contacto con el paciente. Intensificar la intervención durante las dos primeras semanas de cesación y seguir posteriormente al menos durante los 6 primeros meses

b) Intervenciones

- Cuando se confirme la intención de dejar de fumar, ayudar al fumador con las estrategias adecuadas mediante intervención especializada. Prescribir soporte farmacológico si es necesario.

7. Control de diabetes

a) Evaluación (consulta psicología, consulta nutrición, consulta médico internista)

Identificar los pacientes diabéticos a través de su historia clínica, antecedentes y evaluación inicial. Conocer el tipo de diabetes, presencia de síndrome metabólico, medicación que tiene prescrita, tipo y frecuencia de sus controles de glucosa y antecedentes de crisis hipo-hiperglucémicas.

Obtener analítica de glucosa en ayunas y medida de Hemoglobina Glicosilada en todos los pacientes, además y si es posible valorar resistencia a insulina de cara a identificar posibles síndromes metabólicos.

b) Intervenciones

- Reforzar la adherencia a dieta diabética, control de peso, programa de ejercicio y actividad física, cumplimiento del tratamiento con antidiabéticos orales o terapia insulínica, y óptimo control de otros factores de riesgo.
- Educar al paciente en la actuación de los signos hipoglucémicos durante y después del ejercicio. Limitar o prohibir el ejercicio con cifras de glucosa en sangre por encima de los 300 mg/dl.

- Identificar a los pacientes con diabetes no conocida y que presentan cifras de glucosa en ayunas por encima de los 110 mg/dl o presenten elevaciones en Hemoglobina glicosilada y/o resistencia a insulina. Realizar intervención de cambios de estilo de vida y comenzar terapia diabética si fuese necesario.

7. Intervención psicosocial

a) Evaluación (consulta psicología)

- Utilizar cuestionarios y herramientas que identifiquen y cuantifiquen alteraciones psicológicas clínicamente significativas como niveles de depresión, ansiedad, irritabilidad u hostilidad; aislamiento social, disfunción o inadaptación sexual y dependencia de sustancias tóxicas (alcohol, psicótopos).

e) Intervenciones

- Ofrecer de manera individual y/o en pequeños grupos intervención psicológica (terapia de grupo, terapia individual), que incluya técnicas de control de estrés y refuerzo para cambios de conducta. Es deseable, siempre que sea posible la participación de los familiares del paciente en las sesiones de intervención.
- Aprendizaje de técnicas de relajación.
- Integrar al paciente en los recursos comunitarios que puedan ofrecerle soporte social.
- Enseñar estrategias de auto-ayuda.
- Derivar para evaluación y tratamiento a los pacientes con importantes alteraciones a los equipos de salud mental de su área sanitaria cuando sea necesario.

8. Consejo sobre actividad física habitual

a) Evaluación (consulta fisioterapia, consulta médico internista)

- Evaluar nivel de actividad física habitual, actividades de la vida diaria, domésticas y recreacionales.
- Preguntar sobre actividades relacionadas con su edad, sexo, y de la vida diaria incluyendo conducir, actividad sexual, práctica de deporte, jardinería y bricolaje casero.
- Evaluar la actitud del paciente para modificar cambios de vida, posibles barreras para aumentar su actividad física y dificultades de apoyo social para mantener cambios positivos.

b) Intervenciones

- Ofrecer consejo y soporte sobre la realización de actividad física prescrita tras evaluación inicial y posibles modificaciones con el seguimiento.
- Establecer objetivos de aumento de actividad física, que deberá incluir sesiones de 30 minutos de moderada intensidad un mínimo de 5 días por semana... Incorporar diariamente actividades que incorporen un aumento de actividad dentro de la rutina diaria.

9. Trabajo social

a) Evaluación (interrelación con todo el equipo multidisciplinario)

- Evaluar nivel socioeconómico del paciente.

b) Intervenciones

- Coordinar precios sociales sobre estudios especiales que deban realizarse a los pacientes fuera del Hospital Regional de Zacapa.

Propuesta de carné para el control de la atención de la enfermedad cardiovascular del Hospital Regional de Zacapa.

Carné Clínica Cardiología			HRZ			
Registro Medico:						
Paciente:		Edad:	Sexo: M F			
Índice tabáquico: Cigarrillos: Años de fumar:		Procedencia:	Teléfono			
Fases de atención:			I	II	III	IV
Diagnóstico						
Diagnóstico principal						
Enfermedades asociadas						
Estudios Especiales						
Electrocardiograma						
Ecocardiograma						
Prueba de esfuerzo						
Monitoreo Holter						
Tratamiento						
Medicamento	Dosis	Horario	Inicio de tratamiento			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			

Evaluación de laboratorio						
	1	2	3	4	5	6
Glicemia pre						
Glicemia post						
Hemoglobina A1C						
Colesterol total						
Colesterol HDL						
Colesterol LDL						
Triglicéridos						
Medición antropométrica						
Peso						
Talla						
IMC						
Tensión arterial						
Sistólica						
Diastólica						
Nutrición						
Cita	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Cita	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Psicología						
Cita	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Cita	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Medicina Interna/Cardiología						
Cita	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Cita	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernestein, J. 2010. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA (en línea). Tesis Dr. Argentina, Universidad Nacional de la Plata. p. 43-53. Consultado 07 feb. 2012. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/Produccion Cientifica/tesisDoctorales/166.pdf>
2. Botero, P. 2007. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica (en línea). Hacia Promoción Salud 12 (1): 11-24. Consultado 21 feb. 2012. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/revista%2012_22.pdf
3. Cabrera, J. 2009. Epidemiología descriptiva y análisis de supervivencia del cáncer de vejiga en hospitales públicos de Madrid (en línea). España, Universidad Complutense de Madrid. p. 5-15. Consultado 08 feb. 2012. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/9476/1/T310296.pdf>
4. Савченко, М; Тетерюков, А. 2011. Качество жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Триптолизин открывает новые горизонты (en línea). Управление здравоохранением 54 (7): 42-47. Consultado 26 feb. 2012. Disponible en: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=49665>
5. Castillo, A. 2008. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónico degenerativas (en línea). Revista Cubana Investigación Biomédica 27 (3-4): 2-8. Consultado: 06 feb. 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol27_3-4_08/ibi063308.htm

6. Corella, D; Ordovás, J. 2007. Genes, dieta y enfermedades cardiovasculares (en línea). Revista Investigación y Ciencia 5 (11-0756): 71-118. Consultado 16 abr. 2012. Disponible en: http://www.investigacionyciencia.es/Archivos/11-07_Ordovas.pdf
7. Cuerda, R De La *et al.* 2011. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud: situación actual (en línea). Revista Española de Cardiología 65 (1): 80-87. DOI: 10.1016/j.recesp.2011.07.016 Consultado 14 abr. 2012. Disponible en: <http://www.revespcardiolog.org/es/revistas/revista-espanola-cardiologia-25/programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida-relacionada-salud-9>
8. Cuevas, F. 2004. Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes (en línea). Tesis Dr. España, Universidad de la Laguna. p. 72-102. Consultado 24 feb. 2012. Disponible en: <ftp://tesis.bbt.k.ull.es/ccppytec/cp147.pdf>
9. Dessotte, CA *et al.* 2011. Calidad de vida relacionada a la salud de sujetos internados, como consecuencia del primer síndrome coronario agudo (en línea). Revista Latinoamericana 19 (5): 11-17. Consultado 10 feb. 2012. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_027.pdf
10. Domínguez, V; Moreno, L. 2007. Cirugía cardíaca en pacientes octogenarios: factores predictores de mortalidad y evaluación de la supervivencia y la calidad de vida a largo plazo (en línea). Elsevier 131 (11): 2-32. Consultado 12 feb. 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v131n11a13126216pdf001.pdf>

11. Eddleston, JM et al. 2000. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care (en línea). *Revista Critical Care Medicine* 28 (7): 3-9. Consultado 16 feb. 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10921555>
12. Escalona, C. 2005. Evaluación de la calidad de vida del paciente infartado un año después del tratamiento trombolítico sistémico con estreptoquinasa recombinante (en línea). Cuba, Información Medica Cubana. p. 2-9. Consultado 18 feb. 2012. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/0999_-evaluacion__de_la_calidad_de_vida_del_paciente_infartado_un_ano_despues_del_tratamiento_trombolitico_sistemico_con_estreptoquinasa_recombinante.pdf
13. Gómez, S. 2000. Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica (en línea). España, Inico. p. 4-34. Consultado 21 feb. 2012. Disponible en: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
14. González-Celis, R. 2010. Calidad de vida en el adulto mayor (en línea). México, Instituto de Geriatria. p. 1-25. Consultado 21 feb. 2012. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/334.pdf>
15. Graf, J et al. 2003. Health-related quality of life before, 1 month after, and 9 months after intensive care in medical cardiovascular and pulmonary patients (en línea). *Revista Critical Care Medicine* 31(8): 36-47. Consultado 19 feb. 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/129731765>

16. Heran, B *et al.* 2011. Rehabilitación cardíaca con ejercicios para la cardiopatía coronaria (en línea). Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 7. Art. no. CD001800. DOI: 10.1002/14651858.CD001800. p. 2-24. Consultado 22 feb. 2012. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPMainFrame.asp?DocumentID=CD001800&SessionID=0>
17. John, E *et al.* 2012. Short Form-36® health survey update (en línea). Estados Unidos de América, Short Form-36. Consultado 18 feb. 2012. Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
18. Korošec, J. 2006. El resultado a largo plazo y la calidad de vida de los pacientes tratados en cuidados intensivos quirúrgicos una comparación entre sepsis y el trauma (en línea). Revista Critical Care Medicine 134 (20): 2-7. Consultado 14 feb. 2012. Disponible en: http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=17561058
19. Misrachi, E. 2005. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud (en línea). Revista Dental 34 (09): 5-17. Consultado 23 feb. 2012. Disponible en: <http://www.revistadentaldechile.cl/agosto05/PDF%20agosto%2005/Utilidad%20de%20las%20Mediciones%20de%20la%20Calidad%20de%20Vida%20Relacionada%20con%20la%20Salud.pdf>
20. Pérez, J. 2007. La enfermedad cerebrovascular aguda en las unidades de cuidados intensivos de Andalucía: características epidemiológicas y calidad de vida al año del episodio (en línea). Tesis Dr. España, Universidad de Granada. p. 10-148 Consultado 10 feb. 2012. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/166825184.pdf>

21. Petro, J. 2010. Beneficios de un programa de rehabilitación cardiaca en la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía coronaria (en línea). Colombia, G-SE Standasd. Consultado 26 feb. 2012. Disponible en: <http://www.g-se.com/pid/16314>
22. Riera, H *et al.* 2011. Supervivencia a medio plazo de los pacientes operados en cirugía cardiaca mayor (en línea). Revista Española de Cardiología 64(6): 463-469. Consultado 13 feb. 2012. Disponible en: <http://www.revespcardiologia.org/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/supervivencia-medio-plazo-los-pacientes-operados-cirugia-900020786-cirugia-2011>
23. Ruiz, P. 2005. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica (en línea). Universidad Autónoma de Madrid 2 (1): 31 – 43. Consultado: 06 feb. 2012. Disponible en: http://pt.wkhealth.com/pt/pt-core/template-is/phe/media/Vol_2_Issue_1_p331.pdf
24. Sans, S. 2006. Enfermedades cardiovasculares (en línea). Revista Española de Cardiología 43 (56): 12- 27. Consultado 22 abr. 2012. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf
25. Schwartzmann, L. 2003. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales (en línea). Revista Scielo 9 (2): 09-21. Consultado 08 feb. 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07177-95532003000200002 &script=sci_arttext

26. Ucoz, П. 2010. ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ (en línea). Rusia, Главная Медицина. Consultado 25 feb. 2012. Disponible en: http://fobio.do.am/blog/problema_kachestva_zhizni_v_sovremennoj_medicine/20010-05-10-3
27. Vilagut, S *et al.* 2005. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos (en línea). Gaceta Sanitaria 19 (2): 135-150. Consultado: 15 feb. 2012. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=116121732>
28. Who, US. 2011. Enfermedades cardiovasculares (en línea). Estados Unidos de América, WHO. Consultado 20 feb. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
29. Yanguas, J. 2006. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional (en línea). España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. p. 25-333. Consultado 20 feb. 2012. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-1.pdf>



XIII. ANEXOS

Manual de puntuación SF – 36

1. Función física (preguntas de la 3 a la 12)
 - a. Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores (3).
 - b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora (4).
 - c. Coger o llevar la bolsa de la compra (5).
 - d. Subir varios pisos por la escalera (6).
 - e. Subir un solo piso por la escalera (7).
 - f. Agacharse o arrodillarse (8).
 - g. Caminar un kilómetro o más (9).
 - h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros) (10).
 - i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros) (11).
 - j. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por si mismo? (12).

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Si, me limita mucho	1	1
Si, me limita un poco	2	2
No, no me limita nada	3	3

2. Rol físico (preguntas de la 13 a la 16)
 - a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? (13)
 - b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? (14)
 - c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? (15)
 - d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? (16)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Si	1	1
No	2	2

3. Dolor corporal (preguntas de 21 y 22)

- a. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (21)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
No, ninguno	1	6.0
Si, muy poco	2	5.4
Si, un poco	3	4.2
Si, moderado	4	3.1
Si, mucho	5	2.2
Si, muchísimo	6	1.0

- b. Durante las 4 ultimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (22)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Nada	1	6.00
Un poco	2	4.75
Regular	3	3.50
Bastante	4	2.25
Mucho	5	1.00

4. Salud general (preguntas 1, 33 a la 36)

- a. En general, usted diría que su salud es: (1)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Excelente	1	5.0
Muy buena	2	4.4
Buena	3	3.4
Regular	4	2.0
Mala	5	1.0

- b. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas (33).
c. Creo que mi salud va a empeorar (35).

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Totalmente cierta	1	1
Bastante cierta	2	2
No lo se	3	3
Bastante falsa	4	4
Totalmente falsa	5	5

d. Estoy tan sano como cualquiera (34).

e. Mi salud es excelente (36).

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Totalmente cierta	1	5
Bastante cierta	2	4
No lo se	3	3
Bastante falsa	4	2
Totalmente falsa	5	1

5. Vitalidad (preguntas 23, 27, 29 y 31)

a. ¿Se sintió lleno de vitalidad? (23)

b. ¿Tuvo mucha energía? (27)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3
Solo alguna vez	5	2
Nunca	6	1

c. ¿Se sintió agotado? (29)

d. ¿Se sintió cansado? (31)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Solo alguna vez	5	5
Nunca	6	6

6. Función social (preguntas 20 y 32)

- a. Durante las 4 ultimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (20)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Nada	1	5
Un poco	2	4
Regular	3	3
Bastante	4	2
Mucho	5	1

- b. Durante las 4 ultimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (32)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Algunas veces	3	3
Solo alguna vez	4	4
Nunca	5	5

7. Rol emocional (preguntas 17, 18, 19)

- a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional? (17)
- b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? (18)
- c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? (19)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Si	1	1
No	2	2

8. Salud mental (preguntas 24, 26, 28 y 30)

- a. ¿Estuvo muy nervioso? (24)
- b. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? (25)
- c. ¿Se sintió desanimado y triste? (28)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Solo alguna vez	5	5
Nunca	6	6

- d. ¿Se sintió calmado y tranquilo? (26)
- e. ¿Se sintió feliz? (30)

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3
Solo alguna vez	5	2
Nunca	6	1

- f. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? (2)

Opción de respuesta	Valor pre codificado
Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

SF-36

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Sexo:_____. Edad:_____. Escolaridad:_____.
Estado civil:_____. Profesión:_____. Situación laboral:_____.

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente.
2. Muy buena.
3. Buena.
4. Regular.
5. Mala.

2. ¿Como diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año.
2. Algo mejor ahora que hace un año.
3. Más o menos igual que hace un año.
4. Algo peor ahora que hace un año.
5. Mucho peor ahora que hace un año.

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

3. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿Le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿Le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por si mismo?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Si
2. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si
2. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si
2. No

19. Durante las 4 ultimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si
2. No

20. Durante las 4 ultimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 ultimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domesticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 ultimas semanas.

En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuanto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

Descripción	Valor
Glicemia	
Colesterol HDL	
Triglicéridos	
Cigarrillos	
Años de fumar	

Carta Consentimiento Informado

No. De boleta
Zacapa_____ de 2012.

Por medio de esta carta acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación titulado:

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Es de mi conocimiento que el objetivo del estudio es Evaluar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud en pacientes con Enfermedad Cardiovascular a través del test Short Form-36 Health Survey, que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Regional de Zacapa durante el período del 1 al 30 de junio 2012.

El investigador principal me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

Por lo tanto, acepto libremente participar en este estudio

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador
principal