

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON REVASCULARIZACION
MIOCARDICA 6 MESES DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO EN UNA
INSTITUCIÓN DE 4º. NIVEL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.**

MÓNICA PATRICIA CORREA PEÑALOSA

ÁNGELA MARCELA VILLAMIL OTÁLORA

Trabajo de Grado para optar el título de Enfermeras

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERIA

JUNIO 2015

BOGOTA D.C

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON REVASCULARIZACION
MIOCARDICA 6 MESES DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO EN UNA
INSTITUCIÓN DE 4º. NIVEL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.**

MÓNICA PATRICIA CORREA PEÑALOSA

ÁNGELA MARCELA VILLAMIL OTÁLORA

Trabajo de grado

Asesor de tesis:

CLAUDIA ARIZA OLARTE, RN, PhD

Profesora Asociada Facultad de Enfermería

Pontificia Universidad Javeriana

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERIA

JUNIO 2015

BOGOTA D.C

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	1
2. JUSTIFICACION	5
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TERMINOS.....	7
4.1. Calidad de vida	7
4.2. Revascularización miocárdica.....	7
4.3. Paciente	8
5. OBJETIVOS	8
5.1. Objetivo general	8
5.2. Objetivos específicos	8
6. PROPOSITOS.....	8
7. MARCO TEORICO	9
7.1. Enfermedad coronaria.....	9
7.2. Revascularización miocárdica.....	11
7.3. Calidad de vida	13
7.4. Teoría de autocuidado (Dorothea Orem)	17
8. METODOLOGIA.....	18
8.1. Diseño de estudio.....	18
8.2. Población de referencia y muestra.....	18
8.3. Criterios de inclusión y exclusión	19
8.4. Procedimiento de recolección y análisis de información	19
9. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	20
10. CONSIDERACIONES ETICAS.....	22
11. ANALISIS DE RESULTADOS	24
12. CONCLUSIONES.....	53
13. RECOMENDACIONES.....	54
14. BIBLIOGRAFIA.....	55
15. ANEXOS.....	59
15.1. Consentimiento informado	59
15.2. Instrumento	62

TABLA DE CUADROS

1. Cuadro-1 escala de clasificación de calidad de vida	28
2. Cuadro -2 Puntuación total y la escala de respuesta de los ítems.....	29
3. Cuadro – 3. Resultados de escalas.....	30
4. Cuadro-4 Función Física	33
5. Cuadro-5 Rol Físico.....	35
6. Cuadro-6 Dolor Corporal	37
7. Cuadro-7 Salud General	39
8. Cuadro-8 Vitalidad.	42
9. Cuadro-9 Función Social.	45
10. Cuadro-10 Rol Emocional	47
11. Cuadro-11 Salud Mental.....	49

TABLA DE GRAFICOS

1. GRAFICO-1 Pacientes con intervención Cardiovascular	24
2. GRAFICO-2 Base de datos pacientes RVM 2010-2014	25
3. GRAFICO-3 Distribución por género de la población de estudio.	26
4. GRAFICO-4 Distribución por edad de la población de estudio.....	27
5. GRAFICO-5 Distribución por nivel educativo de la población de estudio ...	27
6. GRAFICO-6 Resultados Función Física.	32
7. GRAFICO-7 Resultados Rol Físico	34
8. GRAFICO-8 Resultados Dolor Corporal	36
9. GRAFICO-9 Resultados Salud General	38
10. GRAFICO-10 Resultados Vitalidad.	41
11. GRAFICO-11 Resultados Función Social.....	44
12. GRAFICO-12 Resultados Rol Emocional.	46
13. GRAFICO-13 Resultados Salud Mental.	48

TABLA DE GRAFICOS POR ITEMS

1. Ítem 1 En general, ¿diría usted que su salud es?	64
2. Ítem 2 ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?	64
3. Ítem 3a ¿lo limita realizar actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores?	64
4. Ítem 3b ¿Lo limita hacer actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, caminar más de una hora y trapear?	65
5. Ítem 3c ¿Lo limita levantar o alzar las bolsas del mercado?	65
6. Ítem 3d ¿subir varios pisos por las escaleras?	65
7. Ítem 3e ¿subir un solo piso por las escaleras?	66
8. Ítem 3f ¿lo limita agacharse, arrodillarse o inclinarse?	66
9. Ítem 3g ¿lo limita caminar más de 10 cuadras?	66
10. Ítem 3h ¿lo limita caminar varias cuadras?	67
11. Ítem 3i ¿lo limita caminar una cuadra?	67
12. Ítem 3j ¿lo limita bañarse o vestirse?	67
13. Ítem 4a ¿en el último mes por su <i>salud física</i> redujo la cantidad de tiempo que dedicaba a su trabajo u otra actividad?	68
14. Ítem 4b ¿en el último mes por su <i>salud física</i> hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	68
15. Ítem 4c ¿en el último mes por su <i>salud física</i> estuvo limitado en su trabajo u actividades?	68
16. Ítem 4d ¿en el último mes por su <i>salud física</i> tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad?	69
17. Ítem 5a ¿en el último mes por <i>problemas emocionales</i> a reducido el tiempo dedicado a su trabajo u otra actividad?	69
18. Ítem 5b ¿en el último mes por <i>problemas emocionales</i> a logrado hacer menos de lo que hubiera querido?	69
19. Ítem 5c ¿en el último mes por <i>problemas emocionales</i> hizo su trabajo con menos cuidado que el de siempre?	70

20. Ítem 6 ¿Durante el último mes ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos o grupo social?	70
21. Ítem 7 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo el último mes?	70
22. Ítem 8 ¿Durante el último mes, hasta qué punto el dolor ha interferido con sus tareas normales?	71
23. Ítem 9a ¿se ha sentido animado?	71
24. Ítem 9b ¿Estuvo nervioso?	71
25. Ítem 9c ¿Estuvo muy decaído que nada lo animaba?	72
26. Ítem 9d ¿se sintió tranquilo y calmado?	72
27. Ítem 9e ¿se sintió con mucha energía?	72
28. Ítem 9f ¿se sintió desanimado y triste?	73
29. Ítem 9g ¿se sintió agotado?	73
30. Ítem 9h ¿se ha sentido una persona feliz?	73
31. Ítem 9i ¿se ha sentido cansado?	74
32. Ítem 10 ¿durante el último mes cuanto tiempo a ha afectado su salud o estado emocional sus actividades sociales Eje: visitar amigos y familiares?	74
33. Ítem 11a ¿se enferma con más facilidad que otras personas?	74
34. Ítem 11 B estoy tan saludable como cualquier otra persona?	75
35. Ítem 11c ¿Creo que mi salud va a empeorar?	75
36. Ítem 11d ¿Mi salud es Excelente?	75

GLOSARIO

CVRS: calidad de vida relacionada con salud

EC: enfermedad coronaria

ECV: enfermedad cardiovascular

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONS: Observatorio Nacional de Salud

RVM: revascularización miocárdica

S.F-36: Short form-36 health survey

CSP: Componente de Salud Física

CSM: Componente de Salud Mental

FF: Función Física

RF: Rol Físico

DC: Dolor Corporal

SG: Salud General

VT: Vitalidad

FS: Función Social

RE: Rol Emocional

SM: Salud Mental

1. INTRODUCCION

La organización mundial de la salud (OMS), indicó que para el año 2008 la principal causa de morbimortalidad en el mundo fue la enfermedad cardiovascular (ECV), la que ha ido en aumento debido al envejecimiento poblacional y a los factores de riesgo como lo son: el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, el alcohol, el estrés entre otros. Esta patología, ha ocasionado aproximadamente 17 millones de muertes, de las cuales 7,3 millones se le atribuyen a la enfermedad coronaria (EC), siendo ésta la de mayor prevalencia dentro de las ECV (OMS. 2013). El panorama en Colombia, no es muy diferente, según datos estadísticos del Observatorio Nacional de Salud (ONS) para el año 2011 la ECV provocó 49.642 muertes por el total de habitantes, siendo la principal causa de mortalidad; de estas muertes 29.373 fueron atribuidas a la EC, datos relevantes si se tiene en cuenta que para este año la población total del país fue de 46´044.600 habitantes (ONS. 2013).

Este panorama ha despertado el interés de los investigadores y equipos de trabajo del área de la salud, en investigar e indagar aspectos relacionados con las ECV, teniendo en cuenta que constituyen un grupo importante de enfermedades, que afectan el estado de salud de gran parte de la población; dentro de ellas especialmente la EC, por presentar mayor incidencia.

La EC hace referencia a la obstrucción o disminución del lumen de las arterias coronarias dado principalmente por placas ateromatosas, originando una afección de la perfusión y aporte de oxígeno al miocardio, causando disfunción miocárdica incluida la necrosis del músculo cardíaco, lo que puede conducir a la muerte súbita (Estrada &Vargas. 2012). La EC adicionalmente, conlleva a la presencia de alteraciones de las esferas psico-social y espiritual de la persona, debido a los cambios que debe implementar en su estilo de vida, desde el primer momento en que es diagnosticada la enfermedad, hasta después de los tratamientos e intervenciones que se le realizan al paciente, contribuyendo finalmente se vea afectada la calidad de vida, no sólo de la

persona que la padece, sino también de todas aquellas con quienes de alguna manera tiene relación, entendiendo que algunos de los signos y síntomas a través de los que se manifiesta clínicamente la enfermedad, generan estrés y desesperación tanto en la persona que la presenta, como en su núcleo familiar (Gómez & Sabeh. 2000).

Existen diferentes tipos de tratamiento para la EC entre los que se encuentran:

- Tratamiento no farmacológico: consiste en la instauración de cambios en el estilo de vida, un plan de ejercicio y una dieta saludable, con el fin de contribuir a mantener un equilibrio y evitar que el desenlace de la enfermedad tenga consecuencias graves.
- Tratamiento farmacológico: con él, se pretende el mejoramiento de la perfusión del miocardio, mediante el uso de medicamentos como vasodilatadores, antiagregantes plaquetarios y estatinas.
- Cuando la EC resulta refractaria a este tratamiento, se hace necesario realizar procedimientos invasivos y quirúrgicos; el propósito de estos, es restablecer el flujo sanguíneo al músculo miocárdico; los procedimientos más conocidos son: la angioplastia de balón, implantación de stents y o las endoprotesis vasculares con liberación de medicamentos. Éstos son considerados procedimientos invasivos dado que se realizan por medio de cateterismo cardíaco.
- Adicionalmente existe la revascularización miocárdica (RVM), procedimiento que constituye el tratamiento quirúrgico de la EC (Tratamiento de la enfermedad coronaria. 2010). La persona a quien se le realiza este procedimiento, vive un proceso que comienza desde el momento en que se le propone como solución para su situación de salud, hasta 6 meses después cuando termina su programa de rehabilitación cardíaca. “El paciente que presenta EC y que requiere de este tipo de

tratamiento quirúrgico para la misma, debe enfrentarse a un proceso de recuperación en el que la participación de la enfermera es activa y dinámica desde el inicio hasta el final del mismo” (Ariza, 2013). Para ello, requiere de conocimientos científicos que le permitan identificar los problemas y o necesidades propias de este tipo de paciente. Asimismo el paciente que recibe este tratamiento, debe implementar cambios en su estilo de vida relacionados con su actividad física, dieta, toma de medicamentos, entre otros, con los que se pretende recuperar y o mejorar su calidad de vida, la que se ha visto afectada desde el momento en que se ha desarrollado la EC.

Debido a los diferentes cambios que debe asumir la persona que presenta EC, es importante revisar detalladamente la calidad de vida de la misma, ya que como se ha mencionado, esta suele verse afectada. La calidad de vida se entiende como una medida subjetiva, que pretende diferenciar la percepción que el paciente tiene de su vida, y la satisfacción respecto al bienestar físico, mental y social (Ávila. 2013); esto sirve de apoyo, para la toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes, al conocer y evaluar el posible beneficio de los tratamiento y de esta manera poder valorar el proceso de rehabilitación, instaurando por enfermería, ya que el acompañamiento que brinde el profesional de enfermería, contribuirá en cierta medida, al autocuidado que el paciente pueda proporcionarse y de esta forma, pueda recuperar y o mantener su calidad de vida.

Por los aspectos mencionados: EC como causa de mortalidad a nivel mundial y nacional, la RVM como tratamiento quirúrgico, la participación de enfermería durante el proceso que el paciente vive y la alteración de su calidad de vida, se considera pertinente para enfermería, indagar la calidad de vida del paciente después de 6 meses de habersele realizado el procedimiento de RVM.

Teniendo en cuenta el tipo de paciente y el proceso que éste enfrenta después de recibir tratamiento quirúrgico, se consideró pertinente utilizar para este estudio como soporte teórico desde Enfermería, la Teoría del Autocuidado que hace parte

del Modelo Conceptual de Autocuidado de Dorothea Orem. De acuerdo con Rojas (*Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado*) “el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, con el objetivo de mantener su vida y estado de salud” (Rojas. 2009). Esta definición, permite justificar la razón por la que fue elegida esta teoría en el presente estudio, partiendo de lo fundamental que es que la persona tome conciencia de su estado de salud y de esta manera se apropie de su cuidado, guiado y orientado por el profesional de enfermería, con el objetivo de contribuir a mejorar sus condiciones de vida.

Para determinar la calidad de vida de este tipo de paciente, se utilizó el cuestionario de salud SF-36 para la recolección de información, dado que es un instrumento genérico que permite su aplicabilidad en diversas situaciones de salud. Este instrumento en su forma original, mostró confiabilidad y validez, ha sido utilizado en diversos países obteniéndose buenos resultados. Una vez se tradujo al español (España), fue implementada en esta versión, la cual ha mostrado coincidencia importante con los resultados obtenidos en su versión original.

Los aspectos evaluados por el cuestionario son: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental, los que en conjunto permiten evaluar la calidad de vida de la persona. A pesar de que en Colombia se han realizado investigaciones con este instrumento, solo existe una adaptación sociocultural del mismo que se realizó en la investigación - “confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín Colombia 2006” obteniéndose como resultados una fiabilidad mayor de 0.70, afirmando que el instrumento SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos. (Lugo, García & Gómez. 2006).

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el coordinador del Comité de Prevención y Rehabilitación de la Sociedad Colombiana de Cardiología, Juan Manuel Sarmiento, la alta prevalencia de muertes por enfermedades del corazón en el país, se debe a las tendencias adictivas y poco saludables que mantienen los colombianos; se ha observado una elevación de su incidencia en pacientes con factores de riesgo tales como hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, obesidad y estrés. (Sarmiento 2009).

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud realizó un estudio sobre la mortalidad (comprendidos entre 1998 al 2011) el cual reveló que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de la mortalidad en el país. El Observatorio Nacional de Salud (ONS) realizó un informe para el año 2011, donde indicó, que la principal causa de muerte en Colombia y en el mundo era la EC, principalmente por el envejecimiento poblacional, presentando unas tasas de mortalidad de 63,79 personas por 100.000 habitantes y 17,3 millones de muertes respectivamente, basándose en datos estadísticos del DANE. (OMS, 2011).

Dentro de las manifestaciones de la EC se destaca la isquemia cardiaca e infarto como responsables del mayor número de casos fatales. Para el año 2011 este fue el responsable de la muerte de 29.000 colombianos por el total de habitantes. Lo anterior significa que en ese año murieron, en promedio, 80 personas al día a causa de esta enfermedad. (Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. 2014).

Cuando la EC se complica o llega a estadios más avanzados, se hace necesario realizar intervenciones quirúrgicas como la RVM, la que afecta en una mayor proporción el bienestar mental y emocional, dado que los cambios que surgen en el proceso de recuperación son rigurosos, para que de esta forma se logre la recuperación con una mejor calidad de vida.

Según un estudio realizado en el 2010 (Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad

y depresión) aplicado a pacientes posterior a un mes de realizada la RVM se concluyó que: posterior a este procedimiento, el paciente debe pasar por un proceso de rehabilitación, el cual es dinámico, orientado para la salud y capaz de auxiliarlo a alcanzar el mayor nivel posible de funcionamiento físico, mental, espiritual y emocional. Este proceso ayuda a la persona a conseguir una aceptable calidad de vida con dignidad, autoestima e independencia. (Teixeira, Leite, Gomes & López 2010)

Después de revisar la literatura relacionada con el tema, se encuentra que la tasa de prevalencia de los pacientes con EC que han requerido de RVM ha aumentado y es por esto que surge el interés por realizar este trabajo, para determinar la calidad de vida, seis meses después del procedimiento, y de esta manera generar inquietud por la importancia que tiene el seguimiento a este tipo de pacientes, partiendo de la sospecha de que su calidad de vida se ve afectada. Asimismo proveer información al profesional de enfermería para que se ocupe de estimular en el paciente su autocuidado, el que a la vez contribuirá a recuperar y o mantener la calidad de vida.

La importancia del autocuidado en el paciente revascularizado ha sido descrita en la literatura. Según los estudios realizados por Orem el autocuidado es “la conducta aprendida por el individuo, dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar (Vega. 2006) Es por este motivo que las intervenciones educativas realizadas por enfermería se basan en el cuidado holístico a la persona, ya que, como Orem lo menciona, el individuo debe aprender ciertas conductas, que ayuden al mantenimiento o mejoramiento de su salud y esto solo se puede alcanzar, si enfermería sirve de apoyo al paciente basándose en sus conocimientos científicos.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con los planteamientos hechos se decide postular el siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de vida del paciente con revascularización miocárdica 6 meses después de haberse realizado el procedimiento en una institución de 4º Nivel en la ciudad de Bogotá?

4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

Para la definición de los principales conceptos del estudio, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura, y se eligieron aquellas que más se ajustaron.

a. Calidad de vida:

Para este concepto se adoptó la definición que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005, que dice: "Calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Este concepto se adoptó de la Guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica, 2010, en la que es definida como "procedimiento quirúrgico que consiste en restaurar la irrigación del corazón a través de las arterias Coronarias, afectadas por una obstrucción o lesión. Para esto, se utiliza otra vena o arteria del cuerpo, se implanta en la parte media del vaso coronario afectado, permitiendo así otras fuentes de flujo sanguíneo y protegiendo al músculo miocárdico de consecuencias como la presencia de necrosis de su tejido.

b. Paciente:

Para este concepto se adoptó la definición de Ariza, 2012, en la que se define paciente como, “la persona cuya dignidad está ubicada en las esferas de ser, libertad y respeto hacia sí mismo y hacia los demás, a quien por presentar la enfermedad coronaria refractaria al tratamiento médico, se le practica una revascularización miocárdica, con el fin de restablecer la perfusión del músculo miocárdico”.

5. OBJETIVOS:

a. Objetivo general:

Determinar la calidad de vida del paciente con revascularización miocárdica 6 meses después de habersele realizado este procedimiento, en una institución de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá.

b. Objetivos específicos:

- Determinar las características demográficas de la población objeto de estudio teniendo en cuenta aspectos como edad, sexo y escolaridad.
- Identificar función salud física y salud mental, identificando ocho escala de salud: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM).

6. PROPOSITOS

Esta investigación tiene como propósito proveer información del cuidado del paciente con RVM, a las enfermeras, para que puedan obtener herramientas que les permita identificar los problemas reales y o potenciales propios de este tipo de paciente, para mantener, modificar y o complementar, el cuidado que se brinda, a partir de la determinación de la calidad de vida de dicho paciente.

7. MARCO TEÓRICO:

El marco teórico fue elaborado a partir de la revisión de la bibliografía relacionada con Enfermedad Coronaria como antecedente importante del paciente que requiere de tratamiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica como tratamiento para esta alteración de salud, Calidad de vida como tema central del estudio y cuidado de enfermería basado en la teoría del Autocuidado, la que hace parte del Modelo Conceptual de Autocuidado, planteado por Dorothea Orem, por considerarse que aplica al tema de investigación y al tipo de paciente estudiado.

7.1 Enfermedad coronaria:

La EC es la primera causa de muerte a nivel mundial entre hombres y mujeres, y también la primera causa de incapacidad física, particularmente en ancianos. En Colombia, cerca de cinco personas presentan un evento coronario por hora, y al día ocurren 45 muertes relacionadas con EC. La enfermedad isquémica del corazón aporta el 30% de las causas de muerte y por lo menos la mitad de ésta corresponde a infarto agudo de miocardio. En los últimos 25 años la mortalidad atribuida a esta enfermedad se redujo en 47%, cifra ajustada a la edad. Sin embargo en Cartagena el infarto agudo de miocardio fue la segunda causa de muerte, con 331 defunciones, por el total de habitantes (355.943), según proyección censo DANE 2006(Romero. 2010).

La EC se presenta por la formación de capas ateromatosas, que se producen por la acumulación de lípidos entre las capas íntima y media de las arterias coronarias, conllevando al estrechamiento del lumen vascular y consigo la disminución de flujo sanguíneo al miocardio ocasionando así la isquemia del mismo. Aunque para esta enfermedad, aun no existe una cura definitiva, si existen tratamientos que se implementan con el fin de que no siga progresando la enfermedad y mejore la calidad de vida al paciente; habitualmente a los pacientes con EC se les puede ofrecer tres tipos de tratamiento dependiendo de la gravedad y la evolución de la enfermedad. Dentro de ellos están los siguientes:

1. Tratamiento no farmacológico: incluye cambios en el estilo de vida, tales como actividad física, manejo del estrés, dieta equilibrada, entre otras, realizados en pro de disminuir el riesgo de padecer EC; pueden contribuir a mantener una barrera, con el fin de evitar que la enfermedad sobrelleve a complicaciones.
2. Tratamiento farmacológico: este se enfoca al mejoramiento de la perfusión del miocardio, para esto se utilizan medicamentos como vasodilatadores, antiagregantes plaquetarios y estatinas. Las primeras, como su nombre lo indica busca producir la dilatación de los vasos sanguíneos que irrigan al corazón, con el fin de mejorar el flujo de sangre. Las segundas, producen su efecto en las plaquetas, bloqueando así la formación de coágulos y de esta manera se evita el riesgo de obstrucción de alguna arteria. Finalmente, las estatinas funcionan como reductores de los niveles de colesterol circulantes en el plasma, con el fin de prevenir la formación o progreso de las placas ateroscleróticas, ya que éstas disminuyen la luz de los vasos sanguíneos y por ende causan un menor flujo.
3. Los procedimientos invasivos o quirúrgicos son los que se realizan en una tercera instancia o cuando la EC se encuentra en un estadio avanzado, el propósito de estas, es restablecer el flujo sanguíneo al corazón. Los tipos de procedimientos más conocidos son: la angioplastia de balón, los stents o las endoprotesis vasculares con liberación de medicamentos. Este tipo de procedimiento es invasivo, dado que es realizado por medio de cateterismo cardiaco; adicionalmente existe otro procedimiento que es de tipo quirúrgico, como lo es la revascularización miocárdica.

Es por todo lo dicho anteriormente que la RVM se vuelve uno de los procedimientos más usados en pacientes con EC, ya que ha demostrado bastante

efectividad, dado que es más duradero y produce menor oclusión aguda a diferencia de otros tratamientos invasivos.

7.2. Revascularización Miocárdica:

Desde hace más de 30 años la RVM ha demostrado gran utilidad como tratamiento quirúrgico de la EC; se ha considerado la mejor opción debido a que, este procedimiento consiste en una intervención quirúrgica que restaura la irrigación del corazón a través de las arterias coronarias, afectadas por una obstrucción o lesión. Para esto, se utiliza otra vena o arteria del cuerpo, se implanta en la parte media del vaso coronario afectado, más allá de la lesión causal, permitiendo así otras fuentes de flujo sanguíneo y protegiendo al miocardio contra consecuencias de una futura obstrucción cercana al vaso implantado. Adicional a esto las evidencias en mejoría sintomática, capacidad funcional y expectativas de vida son más altas. Por el contrario otros tratamientos invasivos como son la implantación de stents busca mantener la conducción del flujo sanguíneo, pero no protege al miocardio de una próxima isquemia en la parte proximal de la implantación. (“Guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica. 2010).

Para que los pacientes puedan ser sometidos a una RVM deben entrar en el grupo de pacientes seleccionados, los cuales serán elegidos por alguno de los siguientes argumentos:

- 1. Según los síntomas:** en pacientes con síntomas limitantes y persistentes (angina o equivalente) a pesar de tratamiento médico óptimo (TMO).
- 2. Con objetivo pronóstico:** en algunos patrones anatómicos de la enfermedad o la presencia documentada de una importante área isquémica (incluso en pacientes asintomáticos). La estenosis significativa de tronco común izquierdo y la enfermedad proximal significativa de la descendente anterior izquierda, especialmente en presencia de enfermedad multivaso, son indicaciones claras de revascularización (Mora. 2000).

Actualmente en Colombia el 65-70% de las intervenciones cardiacas son RVM, ya que es un método que ha demostrado disminución en la mortalidad operatoria y múltiples avances científicos en las técnicas quirúrgicas (Ramírez, 2011). Luego de realizado el procedimiento de RVM, la persona inicia un proceso de recuperación; durante las primeras horas (48 horas) permanece en la unidad de cuidado intensivo (UCI), en donde la enfermera es fundamental, dado que debe brindar una atención prioritaria, realizando actividades que le den una estabilidad hemodinámica al paciente, como: monitoria cardíaca e inicio de la ventilación mecánica con los parámetros requeridos por el paciente: auscultación cardiopulmonar, monitoria de la presión arterial (PA), presión venosa central (PVC) y presiones pulmonares, valoración del sangrado, continuación del recalentamiento, revisión de la perfusión periférica, toma de electrocardiograma (ECG), radiografía de tórax, muestras para laboratorio y gases arteriovenosos, examen físico completo, evaluación del estado hemodinámico y manejo del dolor. (Rincón)

Luego pasa al servicio de hospitalización en donde permanece otras 48 horas y finalmente, si la evolución es satisfactoria, es dado de alta de la institución asistencial.

Desde que el paciente se encuentra hospitalizado en la UCI, se inicia el programa de rehabilitación cardiaca como estrategia de prevención secundaria y terciaria. Éste tiene una duración de 6 meses. Consta de 3 fases: la primera como ya se ha mencionado, se inicia durante la hospitalización en la UCI, la segunda es ambulatoria en la que se hace un seguimiento que dura tres a seis meses; durante este periodo se pretende destetar al paciente del equipo interdisciplinario de salud que lo cuida, procurando realizar actividades que lo preparen para su autocuidado y controles de ejercicio a escala. La tercera fase es de mantenimiento y dura el resto de la vida.

Aunque no existe certeza de que el proceso que vive el paciente afecte su calidad de vida, es claro que la persona con RVM, debe implementar cambios en su estilo de vida, con la finalidad de recuperar su estado de salud, luego de realizarse el

procedimiento quirúrgico. Un estudio realizado en el año 2007 en Portugal “calidad de vida dos años después de la RVM” concluyó que la RVM mejora de forma sustancial la calidad de vida de los pacientes, y genera beneficios en la salud dos años después de la intervención. (Pinheiro y López 2007).

En Bogotá, los registros de las estadísticas de las instituciones en las que se realiza este procedimiento muestran que más del 50% del total de cirugías cardiovasculares corresponde a RVM (Fundación Cardio Infantil, Clínica Shaio, Clínica San Rafael, Hospital Universitario de San Ignacio) (Ariza 2010- 2011).

Por este motivo se hace necesario investigar a fondo sobre la calidad de vida, ¿qué es?, ¿por qué se afecta? y otros aspectos, que permitan clarificar si esta cirugía afecta o no la calidad de vida del paciente.

7.3. Calidad de vida

“La calidad de vida es un vago y etéreo concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales. La medicina la asocia con la salud sicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad” (Cardona & Agudelo, 2005).

El concepto calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. El aspecto objetivo depende del individuo y de las circunstancias externas que interactúan con él, y el aspecto subjetivo se da por la satisfacción del individuo, el grado de realización y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida (Botero & Pico 2007). Dado esto, se puede decir que la calidad de vida de las personas se ve afectada por las condiciones de salud, y por causas externas que impiden el libre desarrollo de la cotidianidad de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas,

normas y preocupaciones”. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

El paciente a quien se le realiza una RVM presenta eventos clínicos y situaciones que requieren cuidado de enfermería; los eventos clínicos son los cambios fisiológicos en los sistemas neurológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, de eliminación y en la piel, asociados al procedimiento quirúrgico, al sistema de circulación extracorpórea y al monitoreo invasivo a los cuales está expuesto el paciente (Ariza, 2010). Estas condiciones afectan de manera directa la calidad de vida del paciente RVM, razón por la que el profesional de enfermería debe verla como uno de los principales puntos que requiere de su atención, partiendo de ver al paciente como el ser integral que es, y por ende debe incluir en su plan de cuidado las esferas que lo conforman. Algunas de ellas son:

Físicas:

- El dolor pos RVM constituye una de las principales molestias en los pacientes y en los últimos años, se toma en consideración de forma muy especial. La importancia del tratamiento del dolor postoperatorio no sólo radica en asegurar el confort del paciente, sino en evitar las consecuencias fisiopatológicas que pueden ser especialmente nocivas en el paciente coronario ya que tiene respuesta a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, endocrino, en procesos inflamatorios y en desequilibrio de la hemostasia.(Peláez 2002).
- Actividad física: al principio de la rehabilitación la actividad física disminuye, ya que al estar en un ámbito hospitalario se limitan ciertas actividades. Por otra parte el ejercicio físico mejora el rendimiento cardiovascular debido a cambios hemodinámicos, hormonales, metabólicos, neurológicos y en la función respiratoria. Interviene en la modificación de los factores de riesgo cardiovascular. (fondo nacional de recursos 2013).

- Sueño y descanso: el paciente presenta esta alteración por razones tales como el ambiente hospitalario, fuentes de estrés, ocasionándole incomodidad, dependencia de otras personas, aislamiento social y falta de privacidad. También contribuye a la alteración del sueño y descanso tener preocupaciones con respecto a los resultados del procedimiento, al tiempo que requerirá para recuperarse y reincorporarse a su vida habitual, al futuro, a su vida personal y laboral. (Ariza. 2013.)
- Actividad sexual: este es un interrogante que tienen la mayoría de personas que son sometidas a una RVM, ya que temen, que el no poder seguir con una vida sexual activa les puede traer repercusiones con su pareja y por ende una disminución de la calidad de vida.(fondo nacional de recursos. 2013)

Psicológicas:

- El estrés genera una relación entre el individuo y el medio que el sujeto percibe como un peligro, en este caso la enfermedad y recuperación. Los factores psicológicos estresantes incluyen frustraciones, la pérdida de control y la ira. Los estresantes sociales son la pérdida de apoyo social o familiar. (Kobasa. 1983).

El estrés es un factor importante en la práctica de los cuidados en los adultos, ya que su presencia puede causar, prolongar o agravar una enfermedad. Este factor puede dificultar otros aspectos de la vida del paciente ya que contribuye a las crisis familiares, espirituales y sociales. (Hamner. 1984)

- Sentimientos positivos o negativos: Es normal sentirse deprimido o con cierto decaimiento luego de la cirugía. Enfrentar el miedo y la ansiedad que genera una cirugía cardíaca no es sencillo y es probable que luego de la misma el paciente esté muy sensible y demuestre sus sentimientos más de

lo habitual. Quizás llore o se irrite. Algunas personas pueden tener pesadillas, insomnio, pérdida de memoria o falta de concentración. (fondo nacional de recursos. 2013.)

- Autoestima: el estar enfermo hace crear reacciones en los seres humanos de vulnerabilidad o incapacidad, repercutiendo en:
 - la persona: estilo de vida, emociones, identidad, pensamientos, incapacidad y dependencia
 - la familia: sentimientos de compasión, necesidad, resentimiento y obligación.
 - Ámbito laboral: la RVM implica gastos altos y constantes. Cuando esto sucede, no sólo se debilita la autoestima del enfermo, sino que pueden surgir problemas importantes con las demás personas que se ven afectadas económicamente.
 - Ámbito laboral: cuando la RVM repercute en la calidad de vida y en el desempeño, impide trabajar y la autoestima puede verse afectada. (Russek. 2000).

Según el estudio “Depresión y factores de riesgo en pacientes coronarios internados en el hospital de Caldas” (Universidad de Manizales - Facultad de Medicina), los factores desencadenantes del evento coronario fueron ira o desesperación, preocupaciones asociadas a dificultades económicas y la frustración por la edad. Encontró este estudio que la ausencia de un compañero o la no presencia de una pareja definitiva, puede estar asociado a la ausencia de una red de apoyo familiar o social e incidir como un factor desencadenante para la presencia de depresión, como lo afirma la literatura (Lipowski. 2011).

Dado los diferentes cambios que debe adoptar el paciente que es sometido a una RVM, ha surgido la inquietud de determinar la calidad de vida de este tipo de paciente, dado que los cambios mencionados afectan su estado funcional y anímico, sus relaciones familiares, su salud y su disponibilidad económica. Es

importante especificar la existencia de otras variables como la edad, género, lugar de residencia y cultura, que igualmente lo afectan.

7.4. Teoría de Autocuidado (Dorothea Orem):

El modelo conceptual de Autocuidado planteado por Dorothea Orem, está constituido por tres teorías grandes: Autocuidado, Déficit de autocuidado y Teoría de los Sistemas. Para este estudio se tendrá en cuenta la Teoría de Autocuidado. Esta teoría tiene en cuenta al ser humano incluyendo sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales, y su capacidad para participar, mantener, mejorar y aportar a su salud, bienestar y vida.

Orem busca con su teoría mejorar y aportar a las futuras investigaciones de enfermería, ya que su objetivo es aclarar los componentes de la atención ofrecida por los profesionales de la Salud. El autocuidado, adicionalmente es algo que debe aprenderse, dado que las acciones se consideran no innatas y se debe desarrollar de manera libre y continua dependiendo de la capacidad cognitiva de la persona, esto está relacionado con determinantes tales como: edad, ambiente, cultura, experiencias, costumbres y el medio en el que se desarrolla la persona.

Según el estudio “Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad y depresión” publicado en la revista de enfermería en año 2010, se concluyó que es de gran importancia desarrollar estrategias para aumentar la práctica del autocuidado, con el objetivo de controlar los factores de riesgo, minimizar las complicaciones cardiovasculares posquirúrgicas y favorecer la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

Para que lo anteriormente mencionado pueda llevarse a cabo, se hace necesario reconocer los problemas que tiene la persona para mantener el equilibrio en cuanto al funcionamiento y desarrollo humano, para que de esta manera se pueda explicar de forma favorable, las acciones que debe realizar la persona para mantener armonía en sus esferas biológica, psico-social y espiritual. Esto puede hacerse de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas (Modelos y Teorías en Enfermería, 2003), es decir, que desde un inicio deben

detectarse las falencias que tiene la persona para mantener un equilibrio las esferas ya mencionadas, y así, plantear desde enfermería, actividades que conlleven a mejorar esta situación, dependiendo de la capacidad que tenga la persona para aprender y llevar a cabo estas actividades conscientemente y de manera autónoma, en el tiempo que requiera necesario la persona a la que se le está enseñando.

8. METODOLOGIA

8.1. Diseño de estudio

Éste es un estudio cuantitativo, cuyo diseño fue descriptivo transversal, teniendo en cuenta que se pretendió medir por medio del instrumento SF-36 y recolectar datos relacionados con el estado funcional y la calidad de vida de los pacientes con RVM, 6 meses después del procedimiento.

Transversal porque la recolección de la información se realizó en un tiempo único. Además, fue de carácter descriptivo porque se indagó la incidencia y los valores en que se manifiestan las distintas variables (Hernández 2003).

8.2. Población de referencia y Muestra

Se realizó en una institución de 4º. Nivel en la ciudad de Bogotá. La población objeto de esta investigación fueron todos los pacientes a quienes 6 meses antes, se les hubiera realizado una RVM, por presentar EC refractaria al tratamiento médico.

Fue una muestra por conveniencia, no probabilística. Se tomaron todos los pacientes que se identificaron a través de la revisión de las Historias Clínicas desde el año 2010 hasta el 2014, obteniéndose una Población de 368 pacientes. Al hacer el cálculo de la Muestra con un margen de error del 10%, una confiabilidad del 90% y una heterogeneidad del 50%, se obtuvo una Muestra de 58 pacientes.

8.3. Criterios de Inclusión y Exclusión:

Inclusión:

- Pacientes con más de 6 meses de habersele realizado el procedimiento de revascularización miocárdica.
- Pacientes quienes se encuentren conscientes, orientados y que no presenten ninguna alteración mental que les impida responder el instrumento a utilizar.
- Pacientes quienes voluntariamente acepten la invitación de participar en el estudio.

Exclusión:

- Pacientes quienes a pesar de haber recibido tratamiento quirúrgico de revascularización miocárdica, presenten otro tipo de alteración de su salud que afecte su calidad de vida. (enfermedades cardiacas, enfermedades autoinmunes, enfermedades respiras crónicas, trastornos mentales y enfermedades neurodegenerativas)
- Pacientes a quienes se les haya realizado la revascularización miocárdica en el HUSI y en el momento actual residan fuera de Bogotá.

8.4. Procedimiento de recolección y análisis de Información

La recolección de la información se realizó a partir del momento en que se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Investigación y Ética del HUSI. Los pacientes revascularizados entre los años 2010 y 2014, fueron contactados telefónicamente por parte de los investigadores. Se les invitó a participar en el estudio, previa información sobre la importancia de conocer la calidad de vida con relación al seguimiento que debe realizarse luego de un tratamiento quirúrgico. Se contó con el Consentimiento Informado, el que fue firmado por quienes aceptaron participar en el estudio.

Para recolectar la información necesaria se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36, directamente por los investigadores, con una duración en promedio de 20 minutos

por paciente. Una vez recolectada la información cada uno de los cuestionarios diligenciado por cada participante, se registró en una base de datos que permitió cuantificar cada uno de los 8 aspectos contemplados. Se aplicaron medidas de estadística descriptiva y esto permitió determinar la calidad de vida que tiene este tipo de paciente, con base en las escalas determinadas en el instrumento (Cuestionario de Salud SF-36).

9. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Cuestionario de Salud SF -36

Este instrumento permite una medición global de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y de igual manera dado su amplio grado de aplicación permite hacer comparaciones entre diferentes condiciones clínicas y no se somete a la medición específica de una sola enfermedad, sino por el contrario es aplicable en diversas situaciones de salud, que de una u otra manera afectan los estilos de vida de la persona. El cuestionario SF-36 es una encuesta creada por el Health Institute, New England Medical Center.

A partir de este cuestionario, los investigadores se han interesado por los aportes que éste ha dado, ya que es aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, en estudios ya sean descriptivos o de evaluación, haciendo de esto una ventaja, motivo por el que los inconvenientes a la hora de aplicarlo son mínimos.

A partir de la investigación de “confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín Colombia” se logró concluir que es un instrumento adaptado y confiable que puede utilizarse en el país para el estudio de la CVS de personas sanas o enfermas, mayores de 18 años de edad, alfabetos con cualquier grado de escolaridad, mediante entrevista o auto-diligenciado asistido, debido a la dificultad de algunas preguntas y para garantizar un menor número de datos omitidos (Lugo A, García, Gómez R.2006).

El cuestionario SF-36 evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, midiendo dos componentes como son: salud física y salud mental, identificando ocho

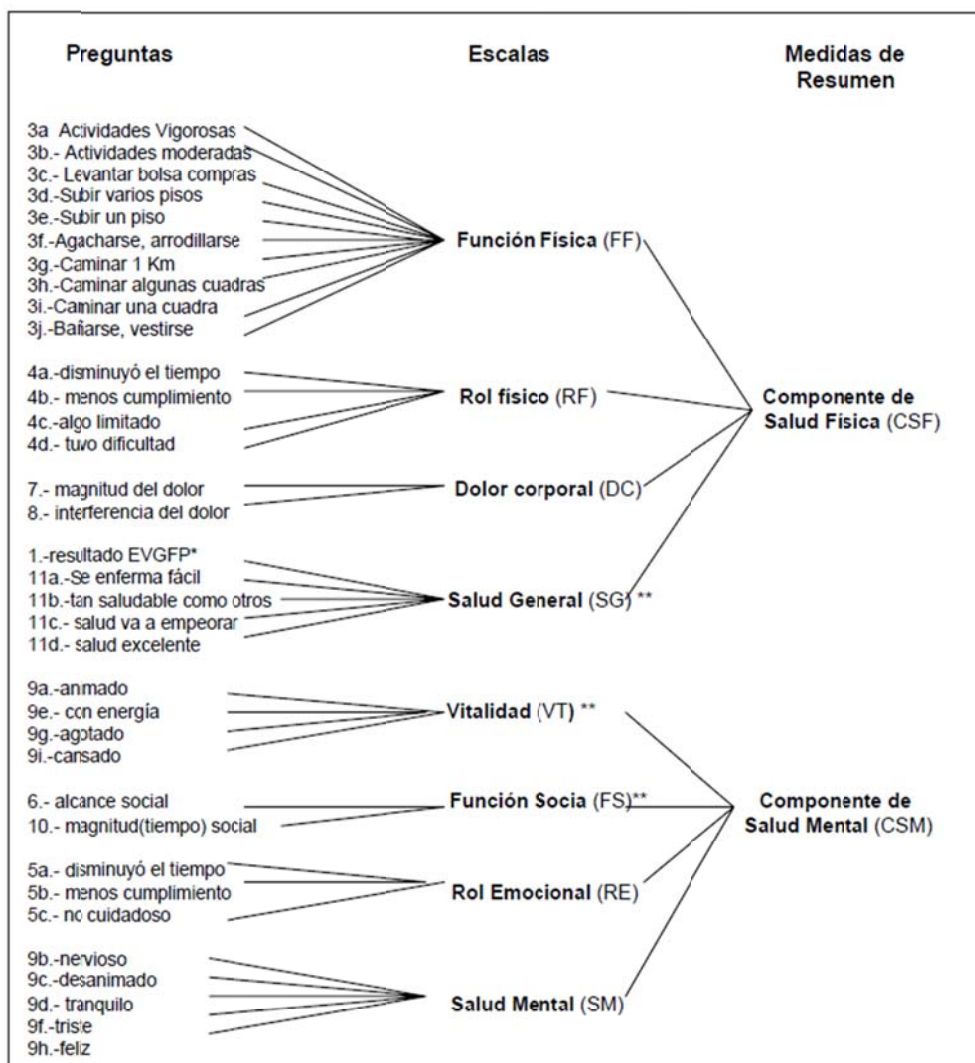
escalas de salud: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). Además de estos ocho parámetros de salud, se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual respecto a cómo era un año antes; esto permite conocer cuáles han sido los cambios que han tenido desde el momento de su cirugía hasta ahora los pacientes revascularizados, población objeto de este estudio; puede realizarse en un corto tiempo, es fácil de aplicar, altamente sensible y validado tanto a nivel internacional como nacional; y es uno de los instrumentos más utilizados en investigaciones y más evaluados (Olivares 2006).

El estudio “Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes post-infarto agudo de miocardio” publicado por la revista Colombiana de Cardiología para el año 2010, concluyó que el cuestionario SF-36 es confiable para evaluar la calidad de vida en salud en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (Romero. 2010).

En la Grafica 1 se describen las escalas de salud evaluadas por el SF-36 y sus respectivas interpretaciones de acuerdo con los resultados bajos o altos por cada escala. En la figura 1 Se muestran los 8 grupos de preguntas múltiples del SF-36, que contienen entre 2 a 10 preguntas cada una, se calculan las 8 escalas. Se realizó tabulación de cada una de las preguntas y luego se estableció una escala de likert para su interpretación.

En este método, un resultado por cada pregunta es derivado de un conjunto estandarizado de respuestas. Para cada escala, las respuestas de cada pregunta se codifican y recodifican, y los resultados se trasladan a una escala de 0 –100 puntos. En esta escala de 0 – 100 del SF-36, cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud. Así, 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido. Por tanto, una mayor puntuación en las diferentes escalas indica una mejor calidad de vida. El contenido de las preguntas se centra en el estado funcional y el componente de salud mental.

Figura 1.



Fuente: traducido de Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 1994

*EVPGF= Excellent, Very Good, Good, Fair, Poor.

** Correlación significativa con otras Medidas de Resumen

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo de este estudio tuvo en cuenta la normatividad propuesta en Colombia mediante la resolución 008430 de 1993, expedida por el ministerio de Salud, hoy de Protección Social, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se tuvo en cuenta lo dispuesto en el Artículo No. 6 que establece: “la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: se

debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, debe prevalecer la seguridad de los sujetos de investigación tal como lo indica la ley de Habeas Data (Ley Estatutaria 1581 de 2012)”. Se contó con un Consentimiento Informado, que fue diligenciado por el paciente una vez aceptó la invitación de participar en el estudio. (Universidad Nacional 2004).

Durante todas las etapas del estudio, se aplicó con rigurosidad el método científico, y se hizo evidente el respeto por las personas con las que se llegara a tener contacto.

El estudio se sometió a revisión y evaluación de los Comités de Ética y de Investigación del Departamento de Enfermería Clínica de la Facultad de Enfermería y del Hospital Universitario de San Ignacio. Se dejó constancia que este estudio no tuvo otro beneficio para las autoras diferente al interés académico.

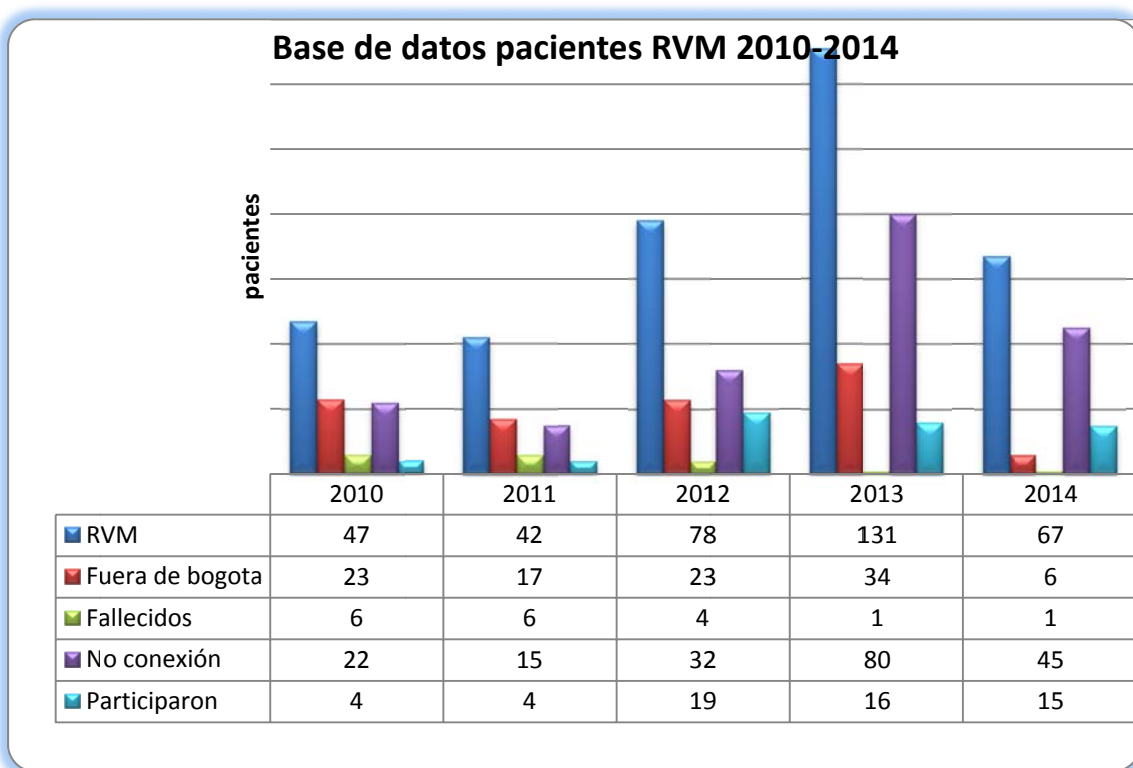
Se tuvieron en cuenta los principios éticos de autonomía, privacidad y beneficencia. Para ello se realizó lo siguiente:

- Solicitar aprobación por parte de los directivos de la institución en la que se desarrolló el estudio, con el compromiso de retroalimentarla con los resultados.
- Los pacientes que participaron en el estudio lo hicieron en forma voluntaria; se les dio la explicación previa acerca de los fines que se perseguían.
- Se respetó la decisión de los pacientes que no quisieron participar; se les advirtió que esto no afectaría su atención.
- La información obtenida se utilizará únicamente para fines académicos y científicos.
- Los nombres de los participantes y la información obtenida, fue manejada en forma confidencial.

11. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para identificar los posibles participantes en el estudio, se revisó la base de datos de la Unidad de Cirugía Cardiovascular desde enero de 2010 a diciembre de 2014, teniendo en cuenta que una de las condiciones debía ser que el paciente tuviera 6 o más meses de habersele practicado el procedimiento de RVM. El total de pacientes operados en este periodo fue de 1002 pacientes; de éstos a 365 (36%) pacientes se les realizó una RVM (Grafica-1).

Grafico -1 Pacientes con intervención Cardiovascular

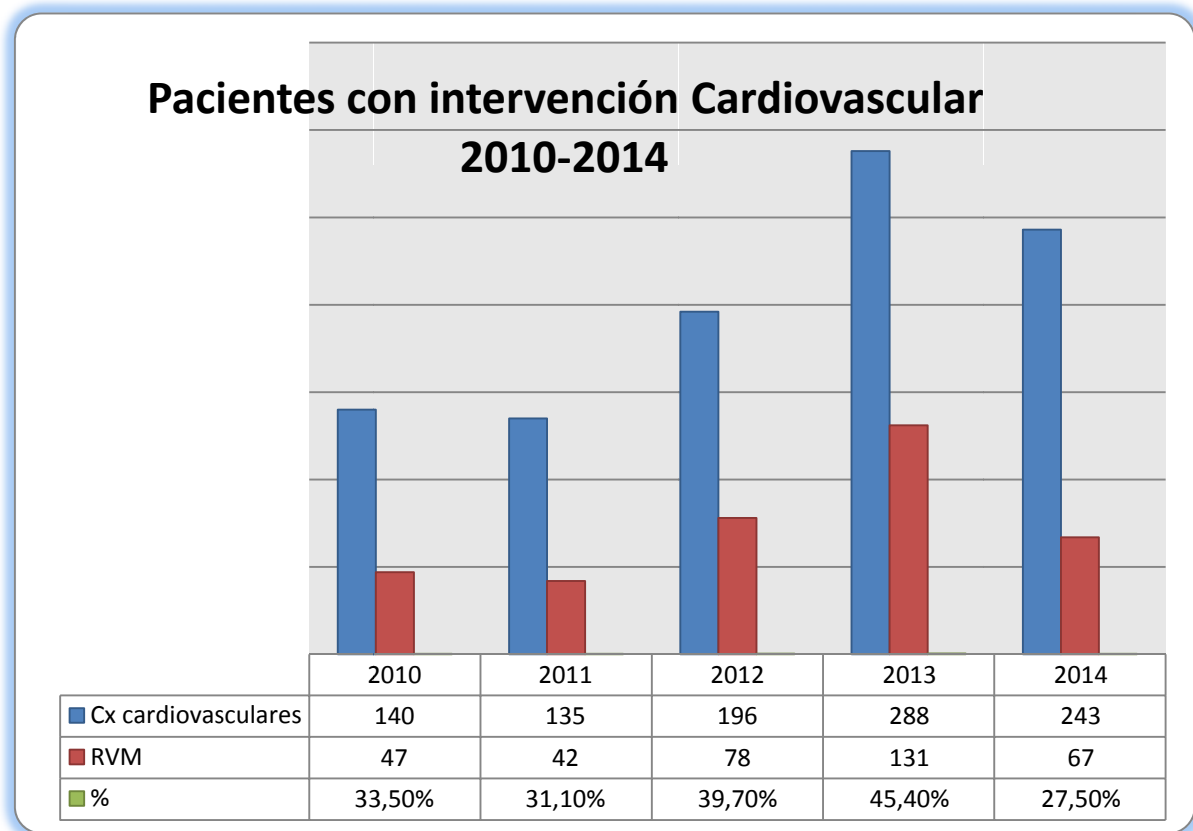


Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

Luego se revisó la información de cada uno de ellos y se identificó que 103 (28%) pacientes viven fuera de Bogotá, 18 (4.9%) habían fallecido y 194 (53%) pacientes reunían los criterios de inclusión, razón por la que se estableció contacto telefónico con ellos con el objetivo de invitarlos a participar en el estudio (Grafica-2). Entre

ellos se eligieron 58 pacientes correspondientes a la muestra requerida de acuerdo a la fórmula planteada para este estudio.

Grafica-2 Base de datos pacientes RVM 2010-2014



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

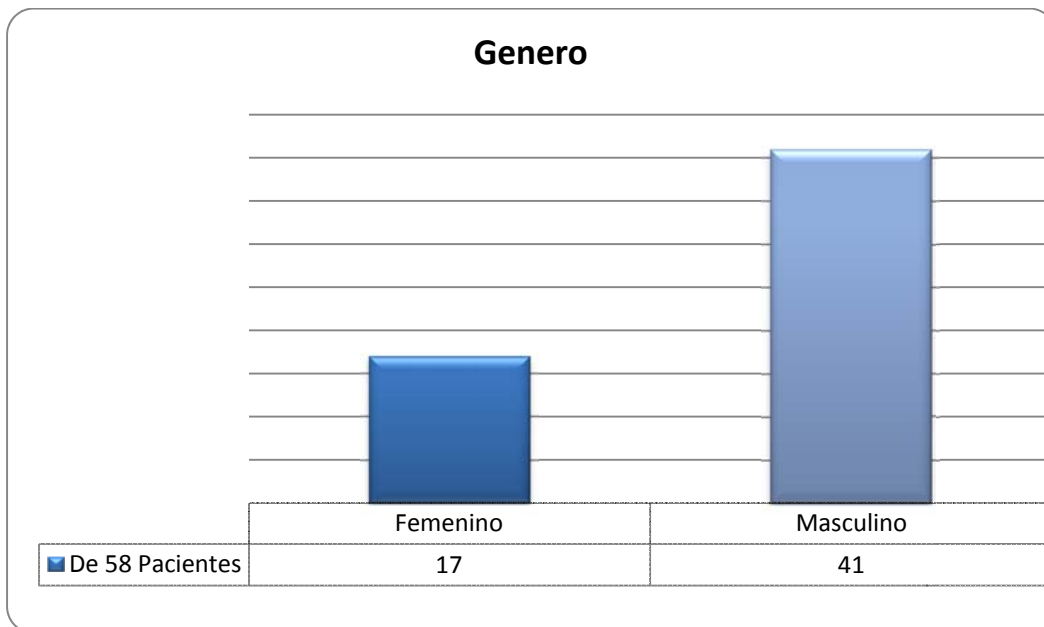
Los pacientes que aceptaron la invitación a participar y que reunieron los criterios de inclusión, fueron visitados por los investigadores, se les leyó el Consentimiento Informado, se les pidió que lo firmaran y se les aplicó el Cuestionario SF-36 para obtener la información requerida acerca de los componentes que este instrumento evalúa.

El instrumento (SF-36) evalúa la calidad de vida relacionada con la salud de las personas, midiendo aspectos relacionados con salud física y bienestar emocional,

mediante la identificación de ocho escalas de salud a través de los 36 ítems que lo conforman: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM).

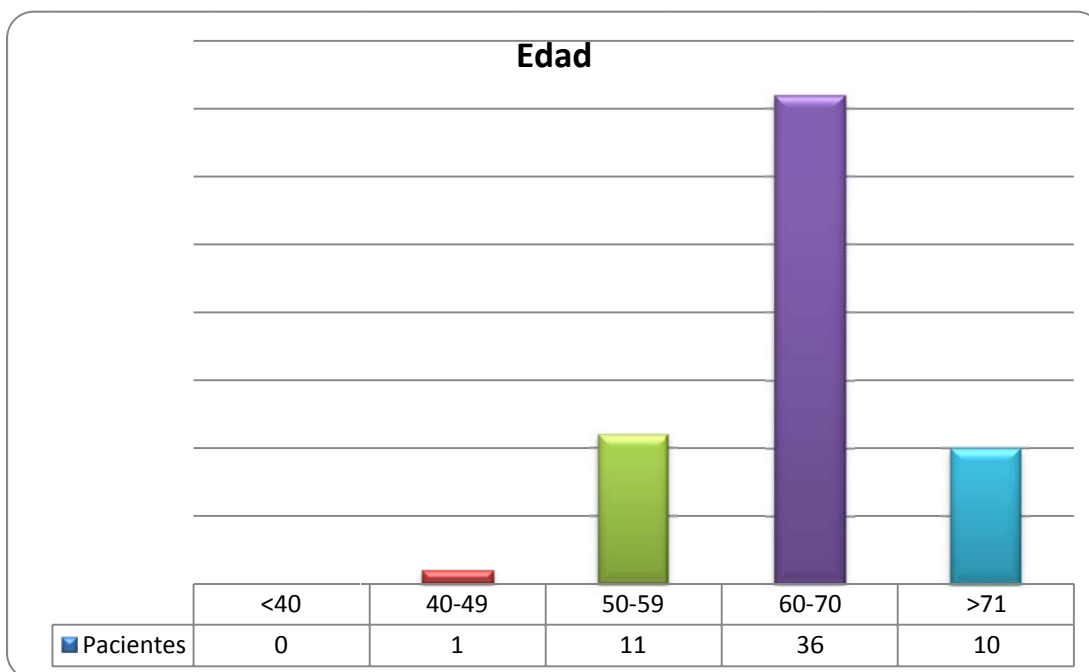
Al total de los paciente (n: 58), se les aplicó la encuesta SF 36V2. De estos pacientes, el 30 % pertenecían al sexo femenino y 70 % al sexo masculino. (Grafica-3). Con rangos de edades en mayor porcentaje entre 60 –71 años (62%) (Ver Grafica 4). Y finalmente en la clasificación por escolaridad, se encontró que el mayor porcentaje habían realizado primaria 39 pacientes (67%). (Grafica -5)

Grafica-3 Distribución por género de la población de estudio.



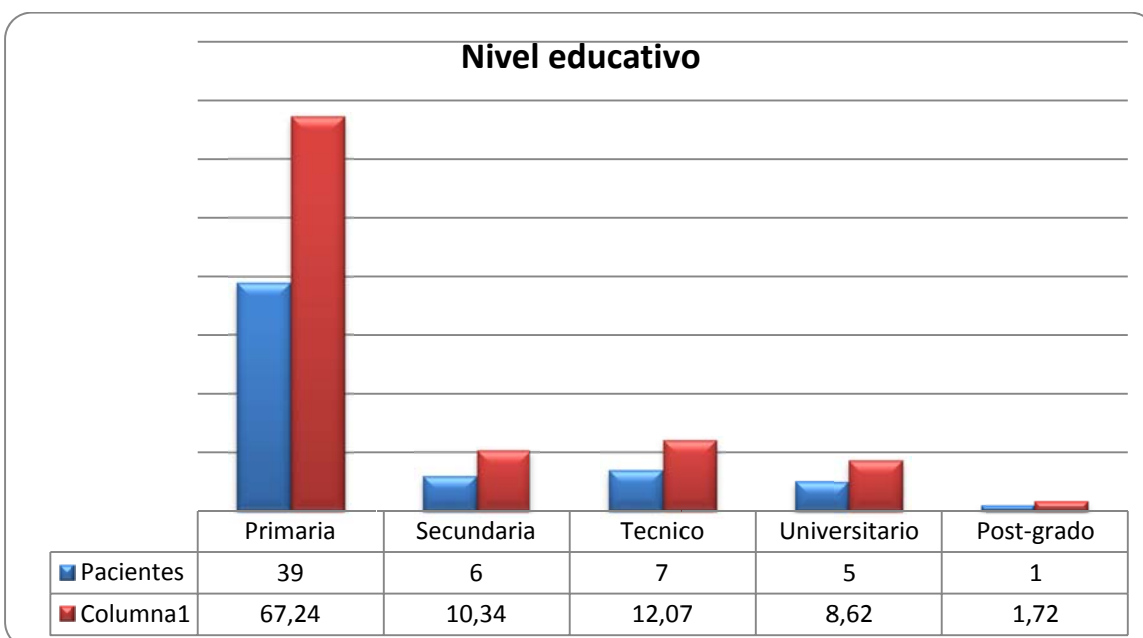
Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

Grafica-4 Distribución por edad de la población de estudio



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

Grafica-5 Distribución por escolaridad de la población de estudio



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100; se considera de 0 a 75 peor estado de salud y de 76 a 100 mejor estado de salud, equivalente a calidad de vida.

Cuadro-1 escala de clasificación de calidad de vida

Escala	# ítems	Menor de 75	Mayor de 76
Función física (FF)	10	Limitación para la realización de actividades físicas que afectan la calidad de vida.	Lleva a cabo actividades físicas sin ninguna limitación.
Limitaciones de rol por problemas físicos (RF)	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otra actividad diaria relacionado con la salud física.
Dolor corporal (D)	2	Dolor que limita las actividades diarias y afectan la calidad de vida del paciente.	Ningún dolor que pueda afectar la calidad de vida del paciente.
Salud general (SG)	5	Tiene una mala percepción de su salud que afecta la calidad de vida.	Tiene una buena percepción de su salud.
Vitalidad (V)	4	Se siente cansado u exhausto.	Se siente dinámico y lleno de energía.
Función social (FS)	2	Limitación para la realización de las actividades sociales debido a los problemas físicos o emocionales que afectando la calidad de vida.	Realiza todas las actividades sociales normales sin ninguna limitación.
Rol emocionales (RE)	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental (SM).	5	Sentimiento de angustia y depresión.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Transición de salud	1	¿Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año?	¿Cree que su salud general es mucho mejor ahora que antes?

Tomado del Manual de SF-56

Se realizó una tabulación de los datos obtenidos por cada ítem, para identificar las estadísticas generales de la población del estudio; posteriormente se crearon graficas por cada escala con los porcentajes más representativos.

Posterior al análisis realizado a cada una de las preguntas del instrumento SF-36, se realizó la asignación de puntaje, con el enfoque Rand, que establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta ejemplo: 3 categorías (0-50-100), 5 categorías (0-25-50-75-100) y seis categorías (0-20-40-60-80-100) Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. La clasificación del puntaje es: se considera de 0 a 75 peor estado de salud y de 76 a 100 mejor estado de salud, equivalente a calidad de vida. Para categorizar las respuestas se realizó una equivalencia entre la puntuación total y la escala de respuesta de los ítems; tal como se describe en el siguiente cuadro:

Cuadro -2 Puntuación total y la escala de respuesta de los ítems

Porcentaje del dominio	Clasificación de la respuesta
-25	afectación grave
25-50	afectación moderada
55.- 75	afectación leve
75 - 100	sin afectación

Tomado de Manual de SF-36

Se tabularon los datos y se obtuvo Medias y Modas para cada dominio. Se realizó la categorización de las respuestas a través de una equivalencia de la puntuación total y la escala de respuesta de los ítems, lo que determinó el grado de afectación.

Cuadro – 3. Resultados de escalas

Escala	Media	Moda	Grado de afectación
Función física	66.9	100	afectación leve
Rol físico	55.9	25	afectación leve
Dolor corporal	77.5	100	sin afectación
Salud general	62.2	50	afectación leve
Vitalidad	62.2	75	afectación leve
Funcion Social	78.4	100	sin afectación
Rol emocional	65.3	75	afectación leve
Salud mental	73.7	100	afectación leve

Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

COMPONENTE SALUD FÍSICA

Función física (FF)

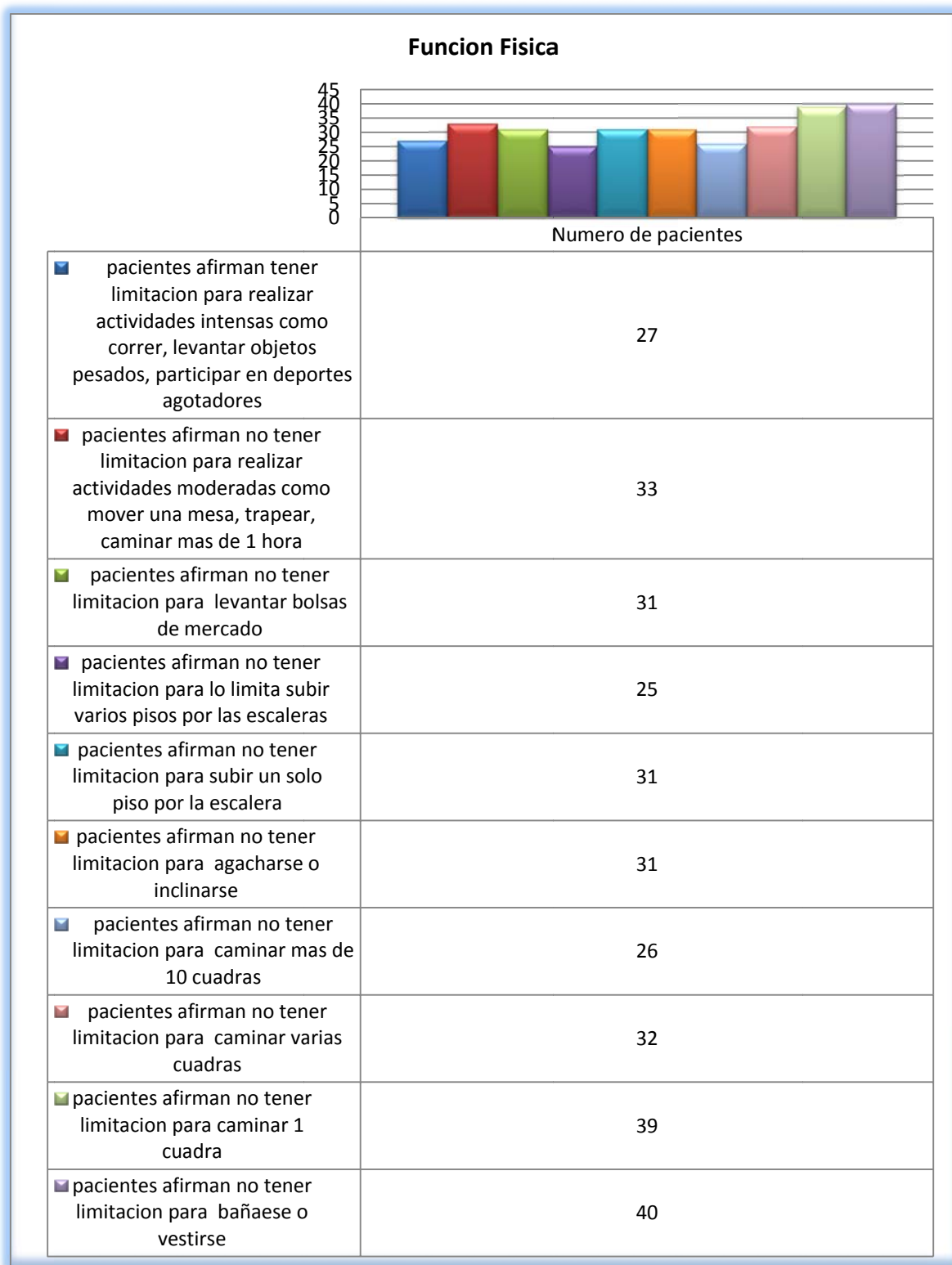
La escala de función física evalúa el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos. Esta escala es medida en el instrumento a través de los ítems 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j de la SF-36. (Grafica-6)

Al analizar la información, se encontró que 27 pacientes (46.6%) no pueden realizar actividades vigorosas tales como, correr, levantar objetos pesados y participar en deportes agotadores. En cuanto a la realización de actividades moderadas, como mover una mesa, trapear y caminar más de 1 hora, 33 pacientes (56.9%), afirmaron no tener ninguna limitación para realizarlas.

Adicionalmente, se encontró que 31 pacientes (53.4%), afirmaron no tener ninguna limitación a la hora de levantar o acarrear la bolsa del mercado, subir un solo piso por las escaleras y al agacharse o inclinarse. Mientras que 25 pacientes (43.1%), afirman no tener limitación, a la hora de subir más de un piso por las

escaleras. 26 pacientes (44.8%) afirman no tener limitación para caminar más de 10 cuadras. 32 pacientes (55.2%) afirman no tener limitación para caminar 1 cuadra. 40 pacientes (69%) afirman no tener limitación alguna a la hora de bañarse o vestirse.

Grafica-6 Resultados Función Física.



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

De acuerdo con la clasificación en la escala de Likert, la función física obtuvo una media de 66.9 (moda de 100), con un grado de afectación leve, esto refleja una limitación a la hora de realizar actividades físicas intensas (correr, levantar objetos pesados y participar en deportes agotadores), lo cual ocasiona alteración en la calidad de vida de la persona, dado que las actividades que se evalúan dentro de esta escala, son actividades que se realizan en la cotidianidad y el no poder realizarlas, de una u otra manera va a repercutir en las condiciones de vida de la persona. Los ítems que alcanzan a tener una puntuación alta son: caminar una cuadra y vestirse / bañarse.

Cuadro-4 Función Física

ítems por escala	categoría	pacientes	puntaje establecido por categoría	puntaje obtenido x categoría	puntaje total	media x ítem	media general de la escala
¿Lo limita realizar actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores?	No me limita	8	100	800	1950	<u>34</u>	66,9
	me limita un poco	23	50	1150			
	me limita mucho	28	0	0			
¿Lo limita hacer actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, caminar mas de una hora y trapear	No me limita	33	100	3300	4100	<u>71</u>	
	me limita un poco	16	50	800			
	me limita mucho	9	0	0			
¿Lo limita levantar o alzar las bolsas del mercado?	No me limita	31	100	3100	4000	<u>69</u>	
	me limita un poco	18	50	900			
	me limita mucho	9	0	0			
¿Subir varios pisos por las escaleras?	No me limita	25	100	2500	3500	<u>60</u>	
	me limita un poco	20	50	1000			
	me limita mucho	13	0	0			
¿Subir un solo piso por las escaleras?	No me limita	31	100	3100	4150	<u>72</u>	
	me limita un poco	21	50	1050			
	me limita mucho	6	0	0			
¿Lo limita agacharse, arrodillarse o inclinarse?	No me limita	31	100	3100	4150	<u>72</u>	
	me limita un poco	21	50	1050			
	me limita mucho	6	0	0			
¿Lo limita caminar más de 10 cuerdas?	No me limita	26	100	2600	3500	<u>60</u>	
	me limita un poco	18	50	900			
	me limita mucho	14	0	0			

¿Lo limita caminar varias cuadras?	No me limita	32	100	3200	4150	72
	me limita un poco	19	50	950		
	me limita mucho	7	0	0		
¿Lo limita caminar una cuadra?	No me limita	39	100	3900	4650	80
	me limita un poco	15	50	750		
	me limita mucho	4	0	0		
¿Lo limita bañarse o vestirse?	No me limita	40	100	4000	4700	81
	me limita un poco	14	50	700		
	me limita mucho	4	0	0		

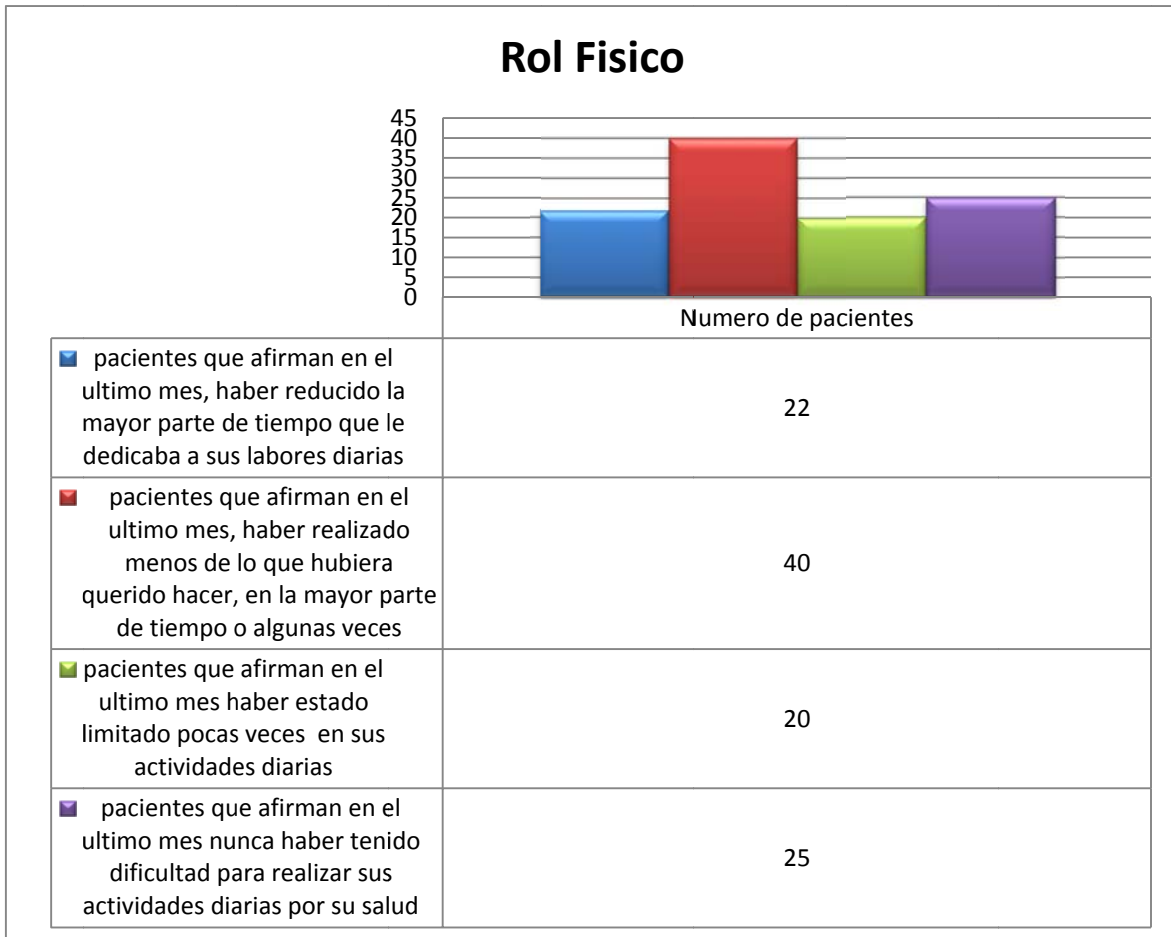
Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

Rol Físico (RF)

El rol físico, mide la intensidad del dolor y la manera en que éste repercute en la realización de las actividades diarias de la persona. Ésta es evaluada por los ítems 4a, 4b, 4c, 4d (Grafica-7).

Al analizar los datos, se encontró que 22 (37.9%) pacientes afirman que la mayor parte del tiempo, han reducido el tiempo que le dedicaban a sus labores diarias, debido a su condición física. 40 (69%) personas, refieren que la mayor parte del tiempo o algunas veces, han realizado menos de lo que hubiesen querido hacer. 20 (34.5%) personas, respondieron que pocas veces han estado limitados en la realización de sus actividades diarias. Y 25 (43.1%) personas, afirman que nunca han tenido dificultad para realizar sus actividades diarias.

Grafica-7 Resultados Rol Físico



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

En cuanto al Rol Físico (RF), se obtuvo una media de 55.9 (moda de 25) en la escala de Likert, con un grado de afectación leve, siendo el más bajo de los puntajes en comparación con las demás escala; esto confirma que existe un problema en el desempeño del rol de la persona, dado que hubo una disminución de la cantidad de tiempo que se dedicaba a las actividades diarias y una limitación física que afecta notoriamente la calidad de vida de los pacientes.

Cuadro-5 Rol Físico

ítems por escala	categoría	pacientes	puntaje establecido por categoría	puntaje obtenido x categoría	puntaje total	media x ítem	media general de la Escala
¿En el último mes por su salud física redujo la cantidad de tiempo que dedicaba a su trabajo u otra actividad?	nunca	16	100	1600	2925	<u>50</u>	55,9
	pocas veces	3	75	225			
	algunas veces	11	50	550			
	la mayor parte del tiempo	22	25	550			
	siempre	5	0	0			
¿En el último mes por su salud física hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	nunca	6	100	600	2250	<u>39</u>	
	pocas veces	2	75	150			
	algunas veces	20	50	1000			
	la mayor parte del tiempo	20	25	500			
	siempre	10	0	0			
¿En el último mes por su salud física estuvo limitado en su trabajo u actividades?	nunca	18	100	1800	4175	<u>72</u>	
	pocas veces	20	75	1500			
	algunas veces	13	50	650			
	la mayor parte del tiempo	9	25	225			
	siempre	4	0	0			
¿En el último mes por su salud física tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad	nunca	25	100	2500	3625	<u>63</u>	
	muy poco tiempo	10	75	750			
	un poco	5	50	250			
	casi todo el tiempo	5	25	125			
	siempre	13	0	0			

Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

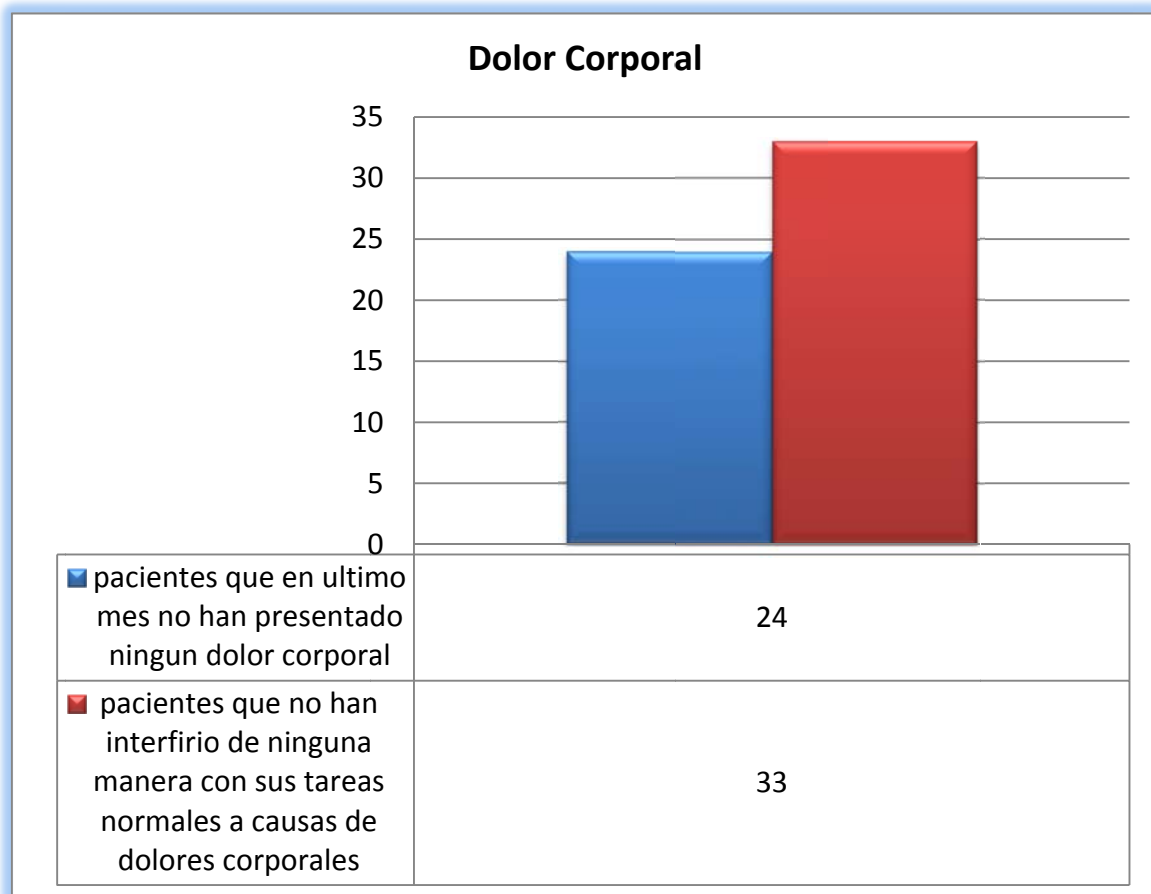
Esta escala, fue la que obtuvo la media más bajo relacionado con todos los ítems que evalúa el cuestionario de salud SF-36, afirmando con esto que la calidad de vida de las personas se ve muy afectada, ya que estas, debido a su condición de salud, se ven obligadas a disminuir el tiempo y el esfuerzo que dedicaban con anterioridad a su trabajo, ocasionándole con esto problemas a nivel laboral y personal.

Dolor corporal (D)

La escala del Dolor corporal, es definida como el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. Esta escala es medida en el instrumento a través de los ítems 7 y 8 (Grafica-8).

Al analizar la información obtenida sobre ellos se encontró que 24 pacientes (41.4%) no han presentado dolor corporal en el último mes. El ítem 8 mostró que 33 pacientes (56%) afirmaron que ningún dolor interfirió en el trabajo o actividades diarias.

Grafica-8 Resultados Dolor Corporal



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

El dolor corporal es una sensación que logra interferir en la vida cotidiana de las personas, y está fuertemente influido por varios factores fisiológicos y psicosociales.

La escala de Dolor corporal (D), revela una media de 77.5 (una moda de 100) sin afectación. Se encuentra en la escala por encima del punto base de acuerdo a la clasificación dada por la escala de Likert (75), esto quiere decir que no existe ningún dolor corporal que interfiera en actividades diarias y perjudiquen la calidad de vida de los pacientes.

Cuadro-6 Dolor Corporal

ítems por escala	categoría	pacientes	puntaje establecido por categoría	puntaje obtenido x categoría	puntaje total	media x ítem	media general de la Escala
¿En el último mes a presentado algún dolor corporal?	Ninguno	24	100	2400	4380	76	77,5
	Muy poco	13	80	1040			
	Leve	11	60	660			
	Moderado	5	40	200			
	Severo	4	20	80			
	Muy severo	1	0	0			
¿En el último mes algún dolor a interferido son sus actividades diarias?	Ninguno	33	100	3300	4650	80	
	Muy poco	11	75	825			
	Leve	9	50	450			
	Moderado	3	25	75			
	Severo	5	0	0			

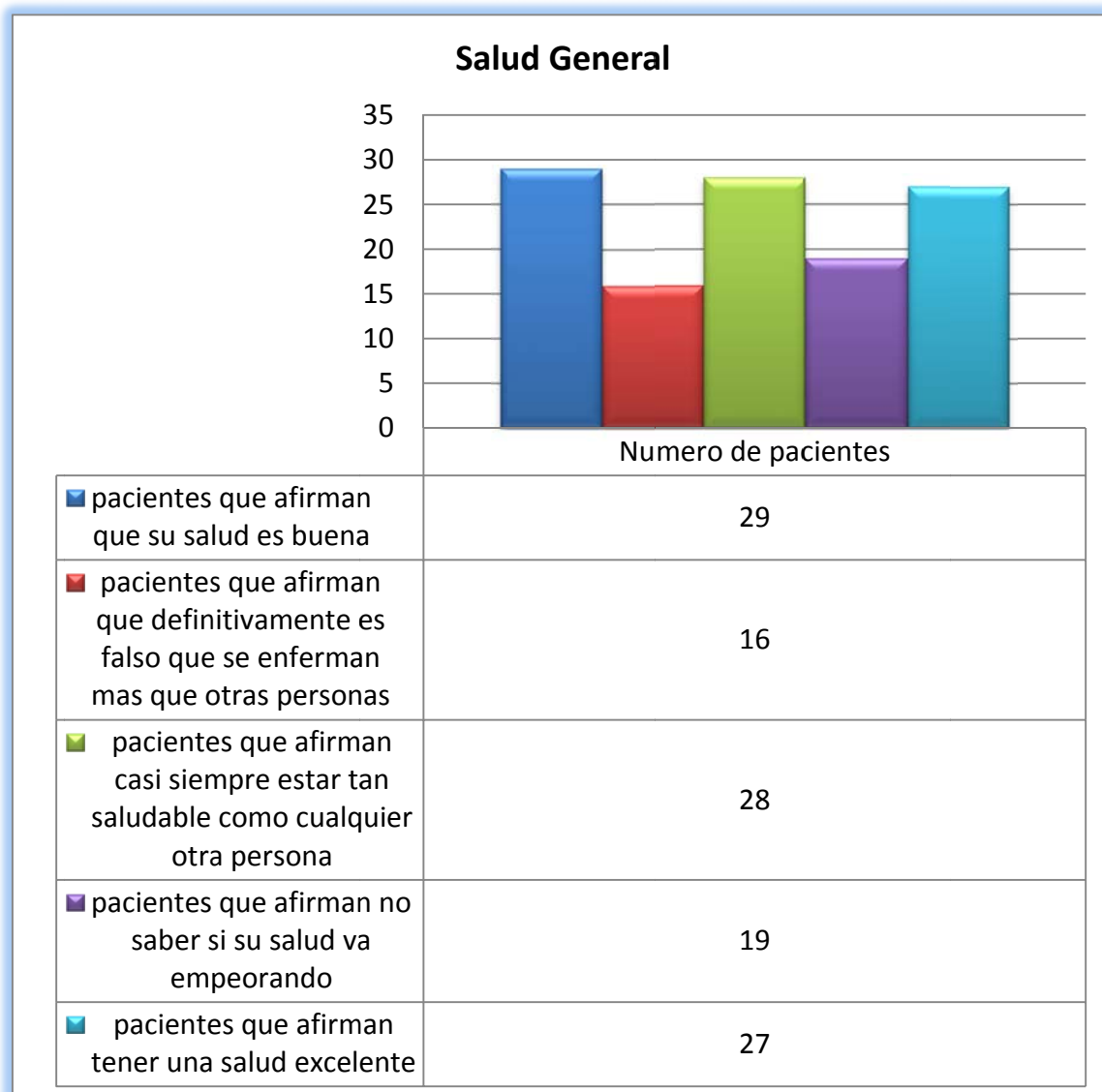
Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

Salud general (SG).

La escala de salud general (1,11a, 11b, 11c, 11d) logra identificar la apreciación personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. (Grafica-9)

El análisis presenta que 29 pacientes (50%) perciben su salud como buena. 16 pacientes (27.6%) afirman que definitivamente es falso que se enferman más que otras personas. 28 pacientes (48.3%) afirman casi siempre estar tan saludable como cualquier otra persona. 19 pacientes (32.85) afirman no saber si su salud va empeorando y 27 pacientes (46.6%) que afirman tener una salud excelente.

Grafica-9 Resultados Salud General



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil

El concepto de salud implica tres componentes, desde lo: objetivo, relacionado con la integridad y la funcionalidad orgánica; adaptativo, referente a la capacidad de integración bio-psico-social del individuo y subjetivo, que incluye la creencia de bienestar y la percepción de la salud.

Este último componente, nos permite, a través de los sentidos, recibir información y conformar una representación más o menos real del medio. La escala de Salud General (SG), tuvo una media de 62.2 (moda de 50), de acuerdo a la clasificación dada por la escala de Likert, con un grado de afectación leve. Después del análisis realizado se encontró que los pacientes tienen una mala percepción de su salud afectando la calidad de vida.

Cuadro-7 Salud General

ítems	categoría	pacientes	puntaje establecido por categoría	puntaje obtenido x categoría	puntaje total	media x ítem	media general de la Escala
¿Su salud en general es?	excelente	1	100	100	2350	<u>41</u>	62,2
	muy buena	4	75	300			
	buena	29	50	1450			
	regular	20	25	500			
	mala	4	0	0			
¿Se enferma con más facilidad que otras personas?	Def. falso	16	100	1600	3575	<u>62</u>	
	C.S. falso	14	75	1050			
	no se	15	50	750			
	C.S. cierto	7	25	175			
	Def. cierto	6	0	0			
¿Estoy tan saludable como cualquier otra persona?	Def. cierto	18	100	1800	4325	75	
	C.S. cierto	28	75	2100			
	no se	8	50	400			
	C.S. falso	1	25	25			
	Def. falso	3	0	0			
¿Creo que mi salud va empeorando?	Def. falso	16	100	1600	3825	<u>66</u>	
	C.S. falso	16	75	1200			
	no se	19	50	950			
	C.S. cierto	3	25	75			

	Def. cierto	4	0	0		
¿Mi salud es excelente?	Def. cierto	11	100	1100	3950	<u>68</u>
	C.S. cierto	27	75	2025		
	no se	15	50	750		
	C.S. falso	3	25	75		
	Def. falso	2	0	0		

Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

A partir de la información brindada anteriormente, se puede concluir que la salud física de las personas está afectada (media de 65.6), perjudicando de cierto modo su condición de vida ya que, estos, luego de pasar por una revascularización miocárdica, deben implementar cambios en el estilo de vida de manera repentina, afectando a la persona en todas sus esferas y con esto, afectando de manera importante su calidad de vida.

Por otra parte, enfermería es fundamental en la recuperación y adaptación del paciente a su nuevo estilo de vida, y por esta razón se hace necesario que sean claros y específicos a la hora de educar al paciente en cuanto a su autocuidado ya que como Orem lo menciona, el autocuidado es “la conducta aprendida por el individuo, dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” (Vega. 2006) por lo que esto se convierte en una parte esencial del ser humano, dado que esto, puede determinar las condiciones de salud y calidad de vida que el paciente presentara.

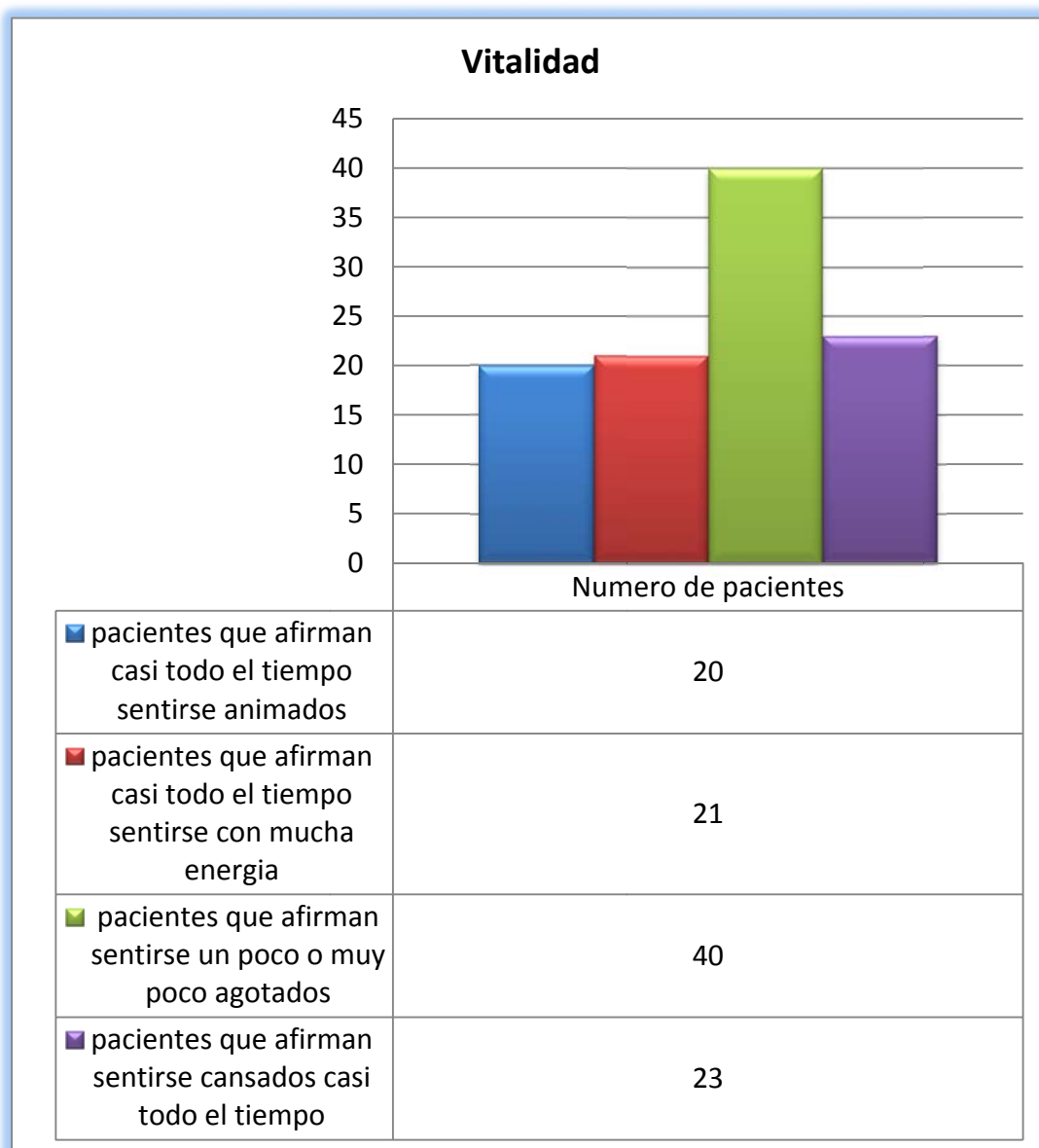
Componente Salud Mental

Vitalidad (V)

La escala de vitalidad valora el sentimiento de energía y vigor, frente al de cansancio y desánimo. Esta escala es medida en el instrumento a través de los ítems 9a, 9e, 9g, 9i (Grafica-10).

Al analizar la información obtenida se halló que 20 pacientes (34.5%) afirmaron haberse sentido animadas casi todo el tiempo, 21 pacientes (36.2%) afirmaron casi todo el tiempo sentirse con mucha energía. A la variable “se ha sentido agotado”, 40 pacientes (69%) afirmaron sentirse un poco o muy poco agotados. La información obtenida a través del ítem ¿Se ha sentido cansado?, 23 pacientes (39.7%) afirmaron sentirse cansados casi todo el tiempo.

Grafica-10 Resultados Vitalidad.



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

La escala de vitalidad, en la escala de Likert obtuvo una media de 62.2 (moda 75) con un grado de afectación leve, lo cual nos permitió evidenciar que existe una disminución en la actividad y demuestra que las personas se sienten cansadas y exhaustas, lo que ocasiona que no se desempeñen como normalmente deberían hacerlo, por lo que su calidad de vida puede verse afectada.

Cuadro-8 Vitalidad.

ítems por escala	categoría	pacientes	puntaje establecido por categoría	puntaje obtenido x categoría	puntaje total	Media x ítem.	media general de la Escala
¿Se ha sentido animado?	siempre	18	100	1800	3925	<u>68</u>	62,2
	Casi siempre	20	75	1500			
	un poco	10	50	500			
	muy poco	5	25	125			
	nunca	4	0	0			
¿Se ha sentido con mucha energía?	siempre	20	100	2000	4150	<u>72</u>	
	Casi siempre	21	75	1575			
	un poco	8	50	400			
	muy poco	7	25	175			
	nunca	2	0	0			
¿Se ha sentido agotado?	nunca	11	100	1100	3725	<u>64</u>	
	muy poco tiempo	20	75	1500			
	un poco	20	50	1000			
	casi todo el tiempo	5	25	125			
	siempre	2	0	0			
¿Se ha sentido cansado?	nunca	6	100	600	2650	<u>46</u>	
	muy poco tiempo	9	75	675			
	un poco	16	50	800			
	casi todo el tiempo	23	25	575			
	siempre	4	0	0			

Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

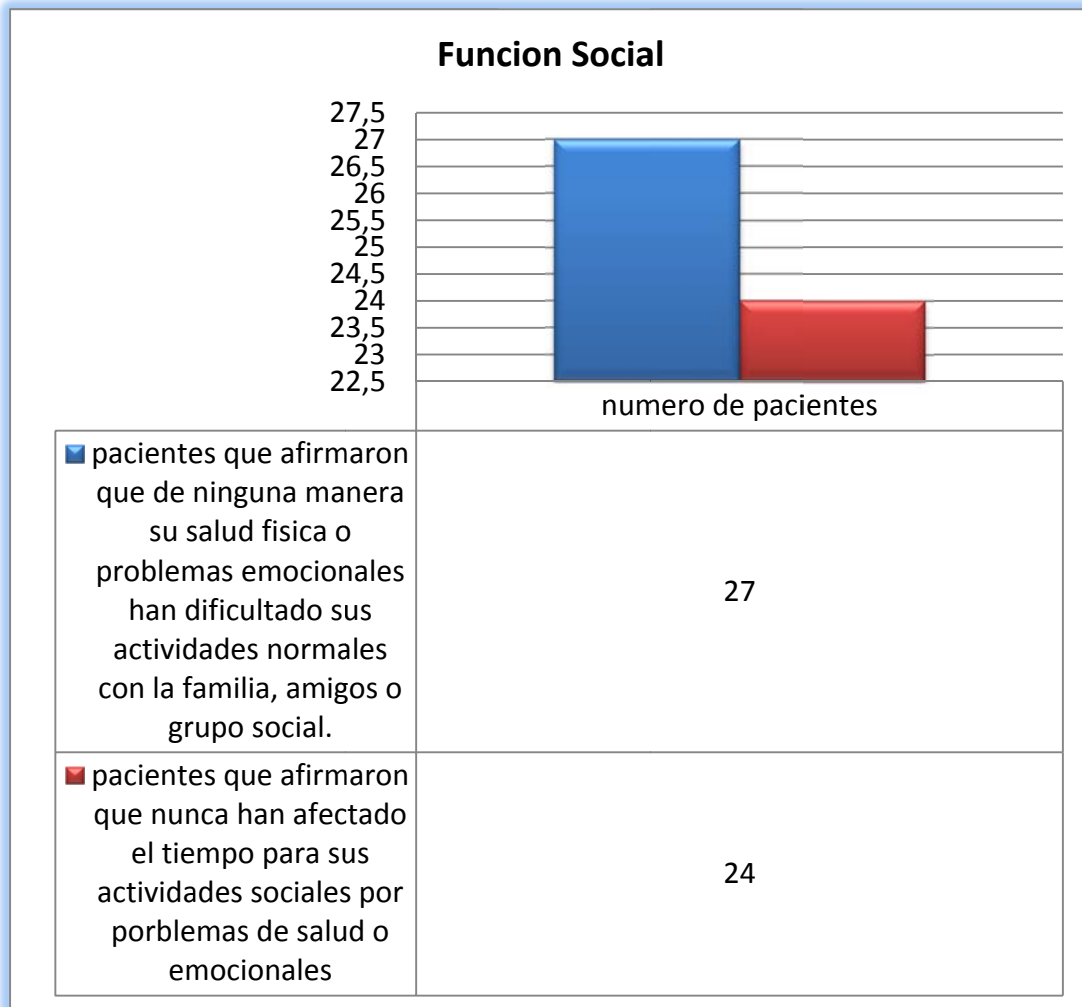
Es la sensación de energía positiva, la capacidad de regular efectivamente las emociones, la salud, el comportamiento, y el bienestar positivo. Se halló que existía un grado de afectación leve, lo cual nos permitió evidenciar que hay disminución de las actividades cotidianas que realizan los pacientes, ya que se sienten cansadas y exhaustas, lo que ocasiona que no se desempeñen como normalmente deberían hacerlo, por lo que su calidad de vida puede verse afectada.

Función Social (FS)

La función social, evalúa el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual de las personas. Los ítems 6 y 10 proporcionan información con relación a esta dimensión (Grafica-11).

Al analizar los datos, 27 (46.6%) personas afirmaron que su salud física o problemas emocionales, de ninguna manera han interferido o dificultado sus actividades normales con su familia, amigos o grupo social. Adicionalmente, 24 (41.4%) personas, afirmaron que sus problemas de salud o estado de ánimo, nunca han interferido con el tiempo dedicado a sus actividades sociales.

Grafica-11 Resultados Función Social.



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

La función social obtuvo una media en la escala de Likert de 78,4, no se evidenció ninguna alteración, confirmando que las personas a pesar de presentar inconvenientes o limitaciones a nivel físico y emocional, esto no ha sido impedimento para que estas sigan realizando sus actividades sociales tales como, compartir con su familia, amigos o personas cercanas.

Cuadro-9 Función Social.

ítems por escala	categoría	pacientes	puntaje establecido por categoría	puntaje obtenido x categoría	puntaje total	Media x ítem.	media general de la dimensión
¿En que medida su salud a dificultado sus actividades sociales?	De ninguna manera	27	100	2700	4450	77	78,4
	un poco	16	75	1200			
	moderadamente	8	50	400			
	bastante	6	25	150			
	mucho	1	0	0			
¿En el ultimo mes algún dolor a interferido son sus actividades diarias?	De ninguna manera	33	100	3300	4650	80	
	un poco	11	75	825			
	moderadamente	9	50	450			
	bastante	3	25	75			
	mucho	5	0	0			

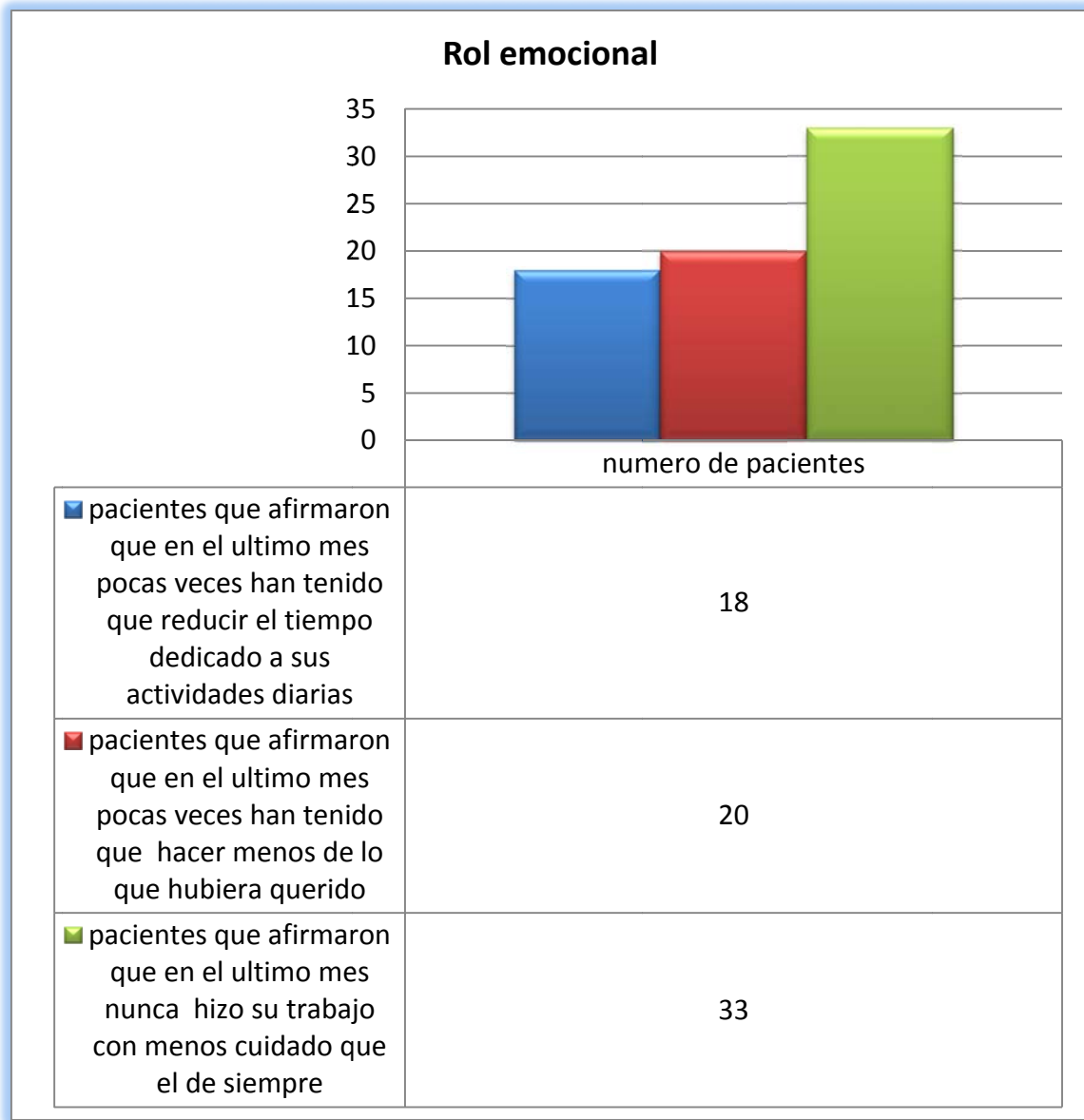
Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

Rol emocional (RE)

El rol emocional evalúa el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo. Esta dimensión es medida por los ítems 5a, 5b, 5c (Grafica -12).

Al analizar los datos 33 pacientes (56.9%) afirmaron que nunca han realizado un trabajo con menos cuidado que el de siempre, 20 pacientes (34.5%) afirmaron que pocas veces han tenido que hacer menos de lo que hubieran querido. 18 pacientes (31%) afirmaron que pocas veces han reducido el tiempo dedicado a sus actividades diarias.

Grafica-12 Resultados Rol Emocional.



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

El rol emocional, en la escala de Likert, obtuvo una media de 65.3 (moda 75) con un grado de afectación leve, generalmente, las personas que deben implementar cambios en su estilo de vida, no se sienten muy conformes con esto, por lo cual tienden a tener problemas emocionales, los cuales afectan de alguna manera su desempeño a nivel laboral, contribuyendo a que la calidad de vida de las mismas se vea afectada.

Cuadro-10 Rol Emocional.

	categoría	pacientes	puntaje o por categoría	puntaje x categoría	puntaje total	Media x ítem.	media general de la dimensión
¿En el último mes por problemas emocionales a reducido el tiempo dedicado a su trabajo u otra actividad?	nunca	14	100	1400	3625	63	65,3
	pocas veces	18	75	1350			
	algunas veces	15	50	750			
	> parte del tiempo	5	25	125			
	siempre	6	0	0			
¿En el último mes por problemas emocionales ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido?	nunca	2	100	200	2950	51	
	pocas veces	20	75	1500			
	algunas veces	18	50	900			
	> parte del tiempo	14	25	350			
	siempre	4	0	0			
¿En el último mes por problemas emocionales hizo su trabajo con menos cuidado que el de siempre?	nunca	33	100	3300	4800	83	
	pocas veces	16	75	1200			
	algunas veces	3	50	150			
	la mayor parte del tiempo	6	25	150			
	siempre	0	0	0			

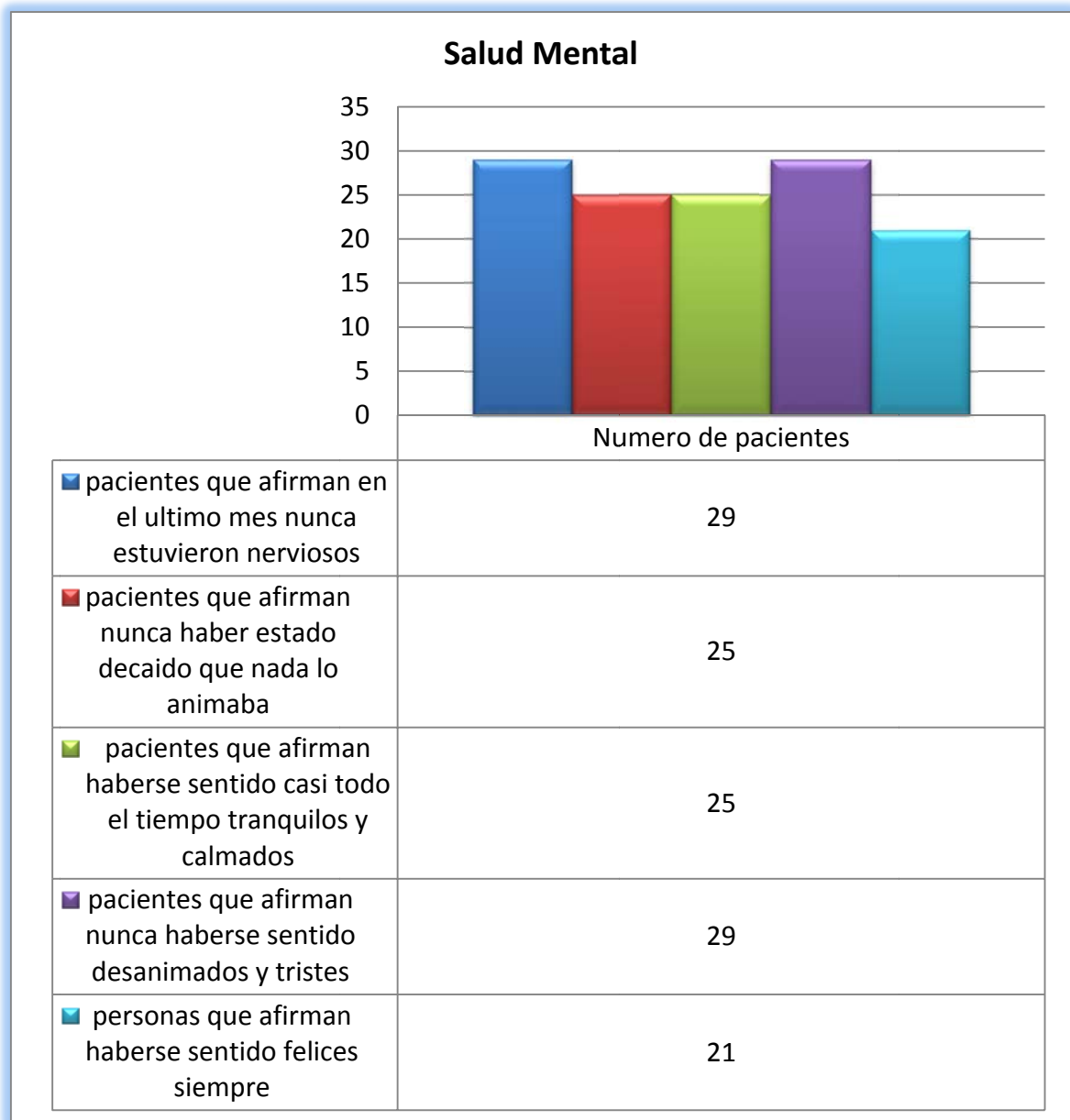
Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

Salud mental (SM)

Esta dimensión tiene como objetivo la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general. Es medida en el instrumento a través de los ítems 9b, 9c, 9d, 9f, 9h (Grafica-13).

Al analizar la información obtenida 29 pacientes (50%) afirmaron que en el último mes nunca estuvieron nerviosos, esta misma proporción de pacientes, afirmó nunca haberse sentido desanimados y tristes. 25 pacientes (43.1%) afirman nunca haber estado decaídos.

Grafica-13 Resultados Salud Mental



Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

Se evidencio que los pacientes no tienen sentimientos de tranquilidad, calma y felicidad, esto repercute en gran parte la calidad de vida de los pacientes, ya que es de gran importancia tener un bienestar emocional.

La salud mental, obtuvo una media de 73.7 (moda 100) en la escala de Likert, con un grado de afectación leve, dado que se evalúa dentro de ella los sentimientos y pensamientos que se tienen respecto a su salud, los ítems que se encontraron afectados fueron: sentimiento de tranquilidad y calma; y sentimiento de felicidad, esto repercute en gran parte la calidad de vida de los pacientes.

Cuadro-1 Salud Mental

	categoria	pacientes	puntaje establecido por categoria	puntaje obtenido x categoria	puntaje total	Media x ítem.	media general de la dimensión
¿Estuvo nervioso en el último mes?	nunca	29	100	2900	4475	77	73,7
	muy poco tiempo	13	75	975			
	un poco	10	50	500			
	casi todo el tiempo	4	25	100			
	siempre	2	0	0			
¿Estuvo muy decaído que nada lo animaba?	nunca	25	100	2500	4400	76	
	muy poco tiempo	16	75	1200			
	un poco	12	50	600			
	casi todo el tiempo	4	25	100			
	siempre	1	0	0			
¿Se sintió tranquilo y calmado?	siempre	12	100	1200	3925	68	
	casi todo el tiempo	25	75	1875			
	un poco	13	50	650			
	muy poco tiempo	8	25	200			
	nunca	0	0	0			
¿Se sintió desanimado y triste?	nunca	29	100	2900	4600	79	
	muy poco tiempo	14	75	1050			
	un poco	12	50	600			
	casi todo el tiempo	2	25	50			
	siempre	1	0	0			
¿Se ha sentido una persona feliz?	siempre	21	100	2100	3975	69	
	casi todo el tiempo	14	75	1050			
	un poco	13	50	650			
	muy poco tiempo	7	25	175			
	nunca	3	0	0			

Elaborado por: Mónica Correa y Ángela Villamil.

Posterior al análisis realizado, se pudo evidenciar que la salud mental de los pacientes con RVM, se encuentra con un grado de afectación leve (media 69.9). Se comprobó que los pacientes no perciben tener energía y vitalidad, para realizar

todas sus actividades diarias normalmente. Los cambios que deben implementar en su estilo de vida, afectan de alguna manera su desempeño a nivel laboral o social. Además de esto la no percepción de tranquilidad, calma y felicidad, repercute en la salud y en las actividades cotidianas que el paciente realiza, todo esto contribuye a que la calidad de vida este afectada.

Para Orem, existen una serie de comportamientos de autocuidado que pueden contribuir a la salud mental entre ellas esta: tener una conciencia racional para comprender lo que está pasando en la vida y cuál es su posición en esta situación; tener conductas que relacionan a la persona con su pasado y con el presente.

Es por este motivo que los profesionales de Enfermería, deben orientar al paciente sobre su autocuidado, y la importancia de comprender, aceptar y manejar los cambios que se deben implementar en su estilo de vida, para de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes con RVM.

12. CONCLUSIONES

Una vez concluido el análisis de los datos obtenidos información obtenida a partir del uso del Instrumento SF-36, mediante la aplicación de medidas de Estadística Descriptiva (Medias y Modas), se pudo dar cumplimiento a los objetivos planteados para este estudio al describir la calidad de vida de los pacientes con revascularización miocárdica (RVM) después de 6 meses de realizado este procedimiento y sus características demográficas.

La disminución, de la calidad de vida de este tipo de pacientes se manifiesta en las escalas de: función física, rol físico, salud general, vitalidad, rol emocional y salud mental, evidenciado por los bajos puntajes que obtuvieron en la escala de clasificación de calidad de vida.

De acuerdo a estos hallazgos, es pertinente fortalecer las actividades de enfermería, especialmente en la etapa de recuperación, haciendo énfasis en la educación que el profesional de enfermería le brinde al paciente, con relación a su a su autocuidado, ya que como Orem lo menciona, éste es “la conducta aprendida por el individuo, dirigida hacia sí mismo y al entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” (Vega. 2006).

Mediante este tipo de intervenciones, se orienta y apoya al paciente, para tomar conciencia y hacerse cargo de manera responsable, de la implementación de cambios en su estilo de vida con relación a la dieta, a un plan de ejercicio físico, al manejo del estrés y a su recreación. Asimismo dichos cambios conducirían de forma directa en la recuperación y o mantenimiento de la calidad de vida.

13.RECOMENDACIONES

- Desarrollar estudios rigurosos y juiciosos semejantes al presente estudio incluyendo otras instituciones en las que se realice el procedimiento de RVM con el propósito de incluir una muestra más amplia que permita profundizar los aspectos indagados.
- Realizar estudios que confirmen aquellos fenómenos fundamentales para Enfermería en cuanto al seguimiento de los pacientes que presentan enfermedad coronaria y que por esta razón requieren de tratamiento quirúrgico con RVM.
- Incentivar a las enfermeras profesionales que trabajan con este tipo de paciente a participar en estudios de investigación que les permitan obtener herramientas para establecer estrategias que faciliten el seguimiento de estos pacientes.
- Motivar al equipo interdisciplinario que interviene en todo el proceso de recuperación que vive el paciente con RVM, para crear un programa de atención integral y aplicar estrategias para conocer los factores que afectan la calidad de vida de los pacientes con RVM, para de esta manera reorienten las acciones para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.
- Implementar estrategias de seguimiento dirigidas a los pacientes con RVM y a otros grupos de pacientes que presenten enfermedades crónicas, con el fin de conocer la calidad de vida de los mismo, una buena manera de hacerlo, sería desarrollando estudios de investigación en los que se emplee el cuestionario de salud SF - 36 ya que este se puede aplicar en la mayoría de pacientes.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. C. Ariza, Cuidado de enfermería al paciente en post-operatorio temprano de revascularización miocárdica (Pontificia Universidad Javeriana, 2012).
2. Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
3. Achury D, Rodríguez-Colmenares SM, Contreras-Agudelo LA, Hoyos-Segura JR, Acuña-Español JA. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. Investigación Enfermería Imagen Desarrollo 2011: paginas 49-74.
4. OMS. (2013). Enfermedades Crónicas. 26 septiembre 2014, de OMS Sitio web: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
5. Vanessa da Silva Carvalho Vila; Lidia Aparecida Rossi. (2008). La calidad de vida bajo la perspectiva de clientes revascularizados en rehabilitación: un estudio etnográfico. 26 septiembre 2014, de Rev. Latino-América enfermería vol.16 no.1 Ribeirão Preto Jan. /Feb. 2008 Sitio web: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_01.pdf
6. Alianza Nacional para la salud hispana. (2008). Enfermedades Cardiovasculares. 26 septiembre 2014, de American Heart Association Sitio web: <http://www.womenshealthnetwork.org>
7. Arocha; Nurys B. Armas Rojas; Alfredo Dueñas Herrera; Omar R. González Greck; Carmen Arocha Nariño; Antonio Castillo Guzmán. (oct.-dic. 2010). Riesgo cardiovascular según Graficas de la OMS. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 29, pág. 4.
8. Instituto nacional de salud. (Diciembre 9 de 2013). Enfermedad cardiovascular: principal causa de muerte en Colombia. Instituto nacional de salud, pág. 6.
9. Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto

Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Sitio web <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-44/enfermeria4401-memorias2>

10. Fanghänel-Salmon. (Sep. 1997). Prevalencia de factores de riesgo de EC en trabajadores del Hospital General de México. SciELO – Scientific Electronic, vol.39n.5,3. http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003636341997000500005&script=sci_arttext
11. Lima FET, Araújo TL, Serafín m ECG, Custódio IL. Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad y depresión. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Mai.-jun. 2010 Sitio web: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_06.pdf;18 (3).
12. Hernández R, Fernández C., Baptista P. 2003. Metodología de la investigación. Ciudad de México, México: Mc Graw -Hill. Sitio web: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023108.pdf>
13. Peláez Romero, Hortal, Riesgo. (diciembre 2002). Tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía cardíaca. SEDAR, 49, 474-484. Sitio web: https://www.sedar.es/vieja/restringido/2002/n9_2002/474-484.pdf
14. Vega Angarita, González Escobar. (2001). Teoría del déficit de autocuidado. Universidad Francisco de Paula Santander: Trabajo de grado. Sitio web: <http://www.dialnet.unirioja.es>
15. Romero Massa. (Abril 2010). Confiabilidad del cuestionario de salud sf-36 en paciente post-infarto agudo de miocardio procedente de Cartagena de Indias. Revista Colombiana de Cardiología, 17, 10.
16. Lima, Araujo. Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad y depresión. Rev. Latino-Americana de enfermería [Internet]. mai.-jun. 2010 [acceso en: abril 2015]; 18(3): [08 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_06.pdf

17. Vilaguta, G. Ferrera, M. Rajmilb J. Rebolloc, P. Permanyer-Miraldad, G. Quintanae, J. Santeda, R. Valderasa, J. Riberad, A. Domingo-Salvanya. A &Alonsoa, J. (2004). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos: Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>.
18. L. Lugo, H. Garcia & G. Gomez. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. (2006) Revista Facultad Nacional Salud Pública Vol. 24 N.º 2 pág. 37-50: Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05>
19. E. Asin (2001). Revascularización miocárdica: resultados clínicos y de calidad de vida; Revista Española de Cardiología vol. 54: 554-556:
Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/revascularizacion-miocardica-resultados-clinicos-calidad/articulo/13012800/>
20. E, Pinheiro & P, Lopes. (2007). Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria. Enfermería Clínica. Vol. 17(6):309-17.
Documento en PDF.
21. O, Vega & D, Gonzales. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales; Revista Ciencia y Cuidado, Vol. 4, Nº. 4, 2007 , págs. 28-35: Disponible en :
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>
22. A, Chávez. (2002). Intervención de enfermería en cirugía cardíaca. investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol. 4 pág., 59-77:
Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/38.pdf>.
23. J, Carmona. (2002) Cirugía cardíaca: cuidados iniciales de enfermería en el ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Revista Cubana de Enfermería .vol. 18 (1):72-7
24. Grupo de Trabajo de Revascularización Miocárdica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Asociación Europea de Cirugía Cardiotorácica (EACTS). (2010). Guía de práctica clínica sobre revascularización

miocárdica. Revista Española de Cardiología 2010; vol. 63. 1485: disponible en: <http://www.revespcardiol.org>.

25. E. Hasbani & A, Prado. (2002). Revascularización miocárdica: perspectivas desde la Cardiología Clínica. Revista Federal Argentina de Cardiología. Vol. 31: 266-273. Disponible en:

<http://www.fac.org.ar/1/revista/02v31n3/actual/act01/hasbani.pdf>

26. C, Trejo. (2014). Consideraciones para el manejo de la enfermedad arterial coronaria en adultos mayores. Revista mexicana de cardiología Volumen 25, pág. 86 – 108 disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-21982014000200004&script=sci_arttext.

15. ANEXOS.

15.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Facultad de enfermería
Estudio en pacientes revascularizados
Informe consentimiento informado.

Fecha: _____

Usted está invitado a participar en una investigación de tipo cuantitativo que realizarán los estudiantes de enfermería de la Universidad Javeriana, el tema es: “calidad de vida del paciente con revascularización miocárdica 6 meses después del procedimiento en una institución de 4º. Nivel en la ciudad de Bogotá.” este estudio es totalmente voluntario y no remunerado, por lo tanto usted podrá decir si participa o no de él.

El objetivo del estudio es determinar la calidad de vida del paciente con revascularización miocárdica 6 meses después de habersele realizado este procedimiento, en una institución de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá.

Esta investigación tiene como propósito proveer información a las enfermeras encargadas del cuidado del paciente con RVM, que les permita identificar los problemas reales y o potenciales propios de este tipo de paciente, para mantener, modificar y o complementar, el cuidado que se brinda, a partir de la determinación de la calidad de vida de dicho paciente.

Para la investigación se empleara el instrumento SF-36 el cual está compuesto de 31 preguntas donde se logra evaluar la calidad de vida, relacionada con la salud, midiendo diferentes aspectos como son: salud física y bienestar emocional.

El estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionaran ningún riesgo. Usted tiene derecho a retirar su consentimiento en el momento en el que decida por alguna razón no continuar en el estudio, sin que esto genere perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

Las únicas personas que conocerán que usted participó en el estudio son los miembros del equipo de investigadores. La información que usted nos proporcione será guardada y solo se utilizará para fines académicos, velando su anonimato.

En caso de que usted lo desee, se le podrá proporcionar información acerca de los resultados obtenidos, los cuales podrán ser publicados y o presentados en eventos académicos, en cuyo caso su identidad se mantendrá oculta. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita, si durante el diligenciamiento de la encuesta o posterior a esto usted tiene alguna duda puede contactarse con alguno de los investigadores que se encuentran dirigiendo esta investigación.

Nombre del participante: _____.

Firma: _____.

Número de identificación: _____.

Testigo 1: _____.

Firma: _____.

Número de identificación: _____.

Testigo 2: _____.

Firma: _____.

Número de identificación: _____.

Después de recibir toda la información sobre esta investigación, autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación.

Datos de contacto de los investigadores para resolver dudas:

Teléfono: 3114517642 / 3195170603

Comité de ética: 2879227 / 5946161 Ext 2475 doctora Mery Bermúdez

Mónica Correa Peñalosa

Ángela Villamil Otálora

C.C 1'072.428.727

C.C 1'026.558.401

15.3. INSTRUMENTO

Anexo 2. Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia),

ESTADO DE SALUD

CUESTIONARIO SF-36 v.2 TM

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que **su Salud es**:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás. Como diría Ud. que en general, está **su Salud ahora?**

Mucho mejor Algo mejor Igual Algo peor Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿ **Su estado de Salud actual** lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Si, muy limitada	Si, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias cuadras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) caminar una sola cuadra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante el **último mes** ¿ Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de **su salud física**?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Durante el **último mes** ¿ Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de **problemas emocionales** (sentirse deprimido o con ansiedad) ?

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Durante el **último mes**, ¿ En que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales normales** con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

7.-¿ Tuvo *dolor* en alguna parte del cuerpo en el último mes?

Ninguno Muy poco Leve Moderado Severo Muy severo

8.- Durante el último mes ¿ Hasta que punto el *dolor ha interferido con sus tareas* normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa) ?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido Ud. durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. Cuanto tiempo durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy animoso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo muy nervioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo muy decaído que nada lo anima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió tranquilo y calmado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió con mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido una persona feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.- Durante el último mes ¿ *Cuánto de su tiempo* su salud física o problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales*, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

Siempre la mayor parte del tiempo Algunas veces Pocas veces Nunca

11.- Para Ud. Que tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy tan saludable como cualquiera persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud va a empeorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es excelente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como las respuestas son anónimas, nos ayudará a entenderlas mejor si disponemos de la siguiente información personal. Marque con una X lo que corresponda.

* Es usted: Mujer Hombre

* Edad : años.

* Nivel de estudio alcanzados:

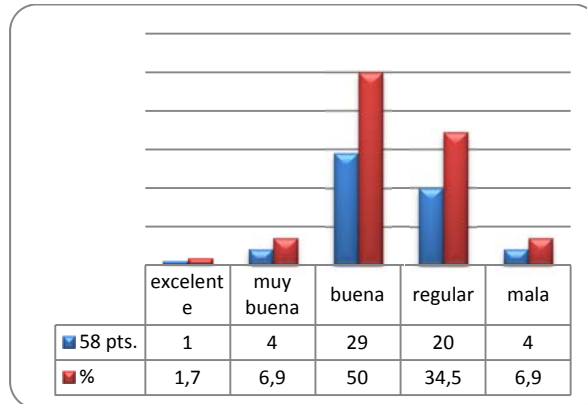
- Primarios
- Secundarios
- Técnicos
- Universitarios
- Post-grado

* Cual es su principal actividad actual ?

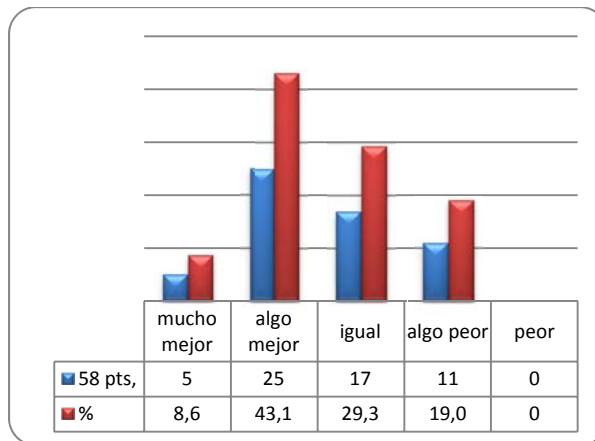
- Estudiante
- Tareas domésticas
- Empleado o trabajador dependiente
- Trabajador independiente
- Retirado o Jubilado
- Buscando trabajo

15.3. GRAFICAS POR ITEMS

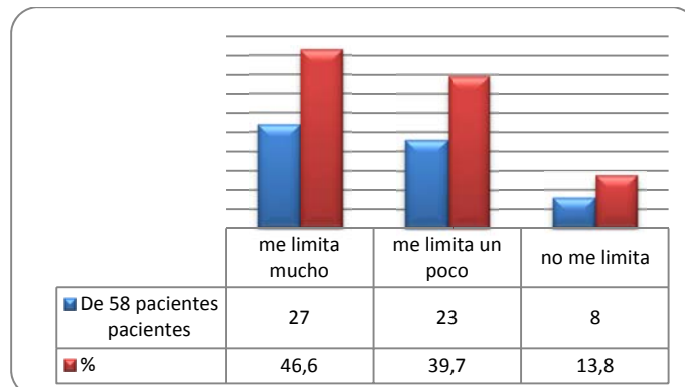
Ítem 1 En general, ¿diría usted que su salud es?



Ítem 2 ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?



Ítem 3a ¿lo limita realizar actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores?



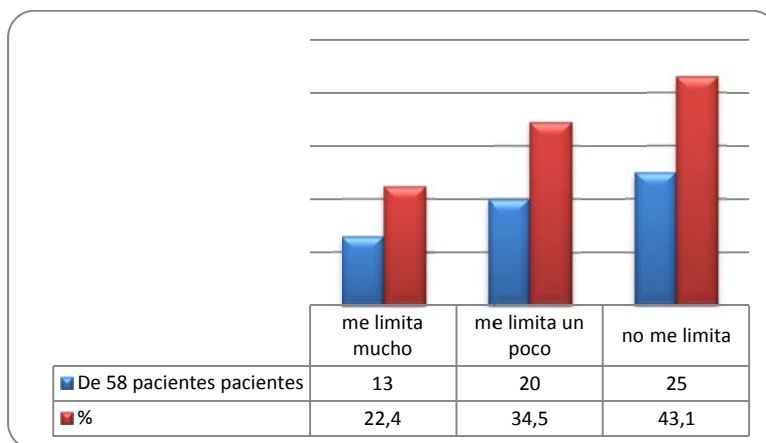
Ítem 3b ¿Lo limita hacer actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, caminar más de una hora y trapear?



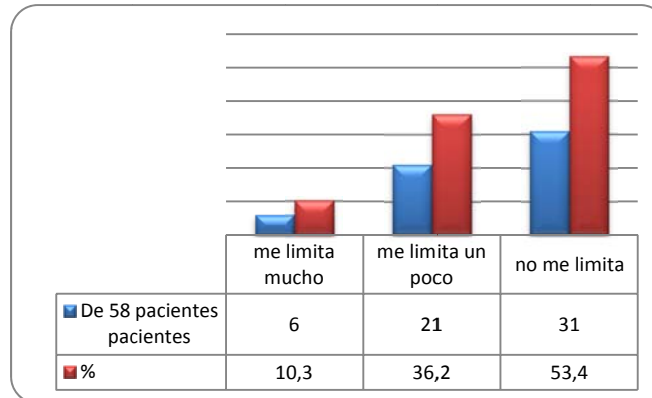
Ítem 3c ¿Lo limita levantar o alzar las bolsas del mercado?



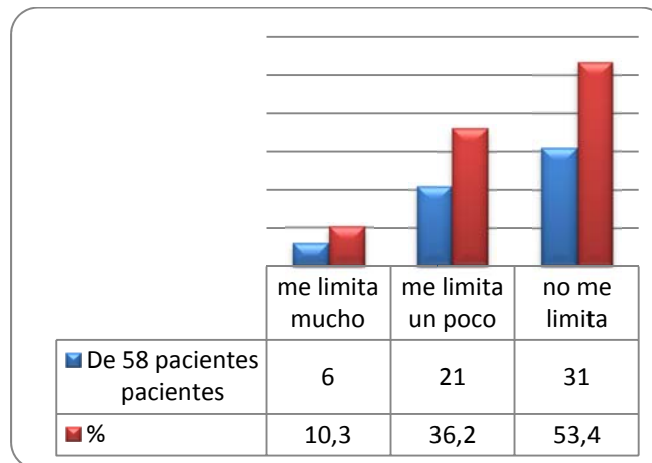
Ítem 3d ¿subir varios pisos por las escaleras?



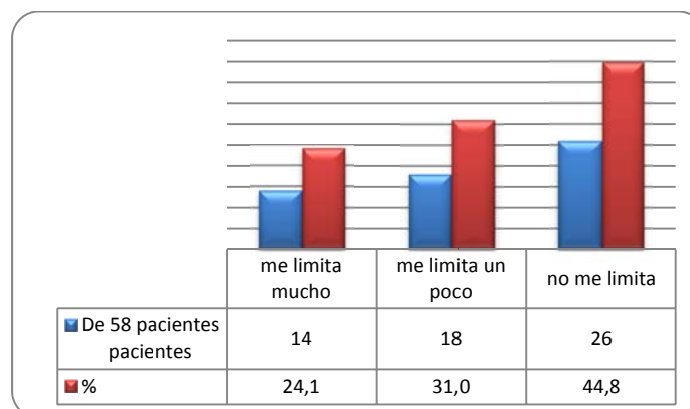
Ítem 3e ¿subir un solo piso por las escaleras?



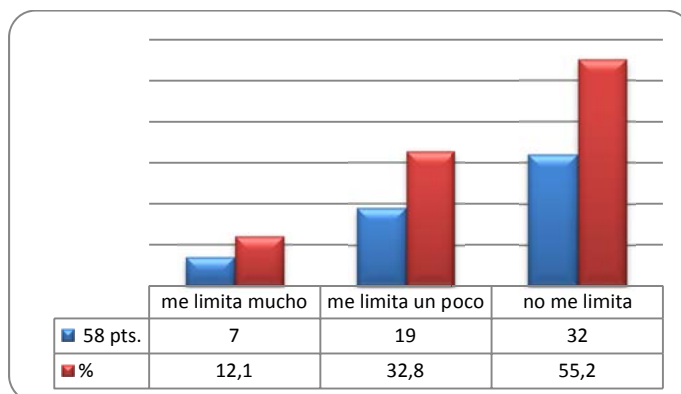
Ítem 3f ¿lo limita agacharse, arrodillarse o inclinarse?



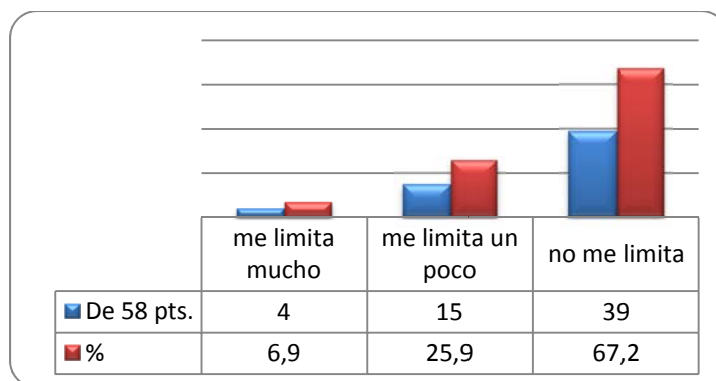
Ítem 3g ¿lo limita caminar más de 10 cuerdas?



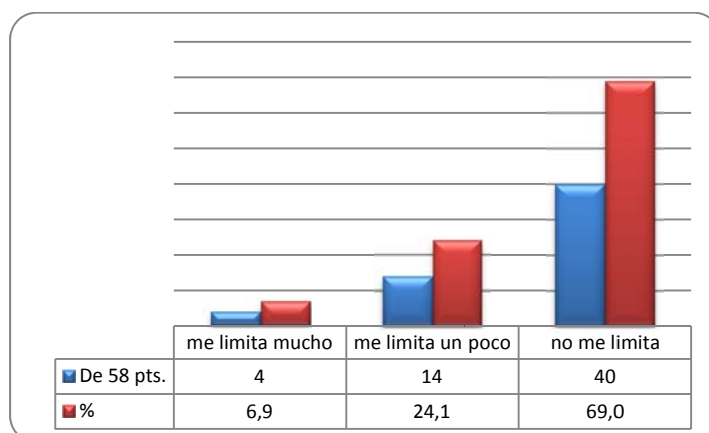
Ítem 3h ¿lo limita caminar varias cuadras?



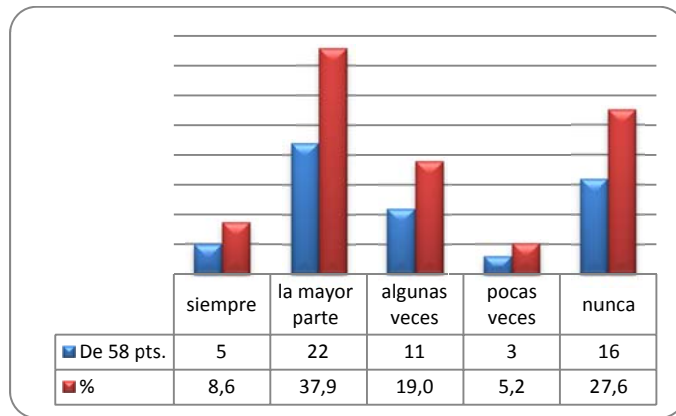
Ítem 3i ¿lo limita caminar una cuadra?



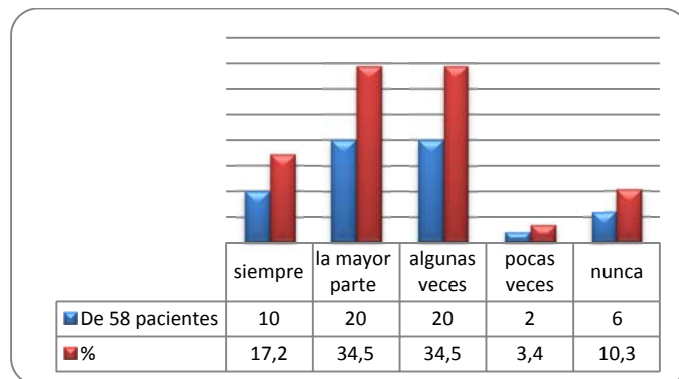
Ítem 3j ¿lo limita bañarse o vestirse?



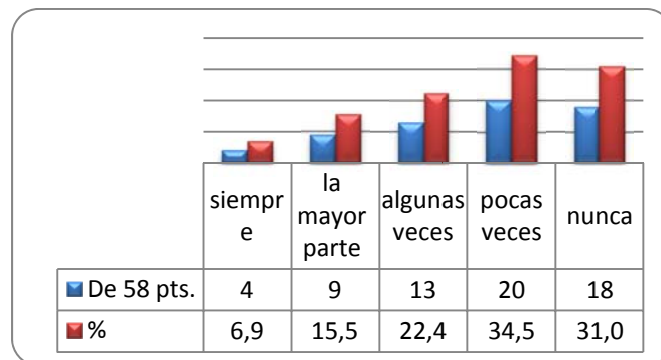
Ítem 4a ¿en el ultimo mes por su *salud física* redujo la cantidad de tiempo que dedicaba a su trabajo u otra actividad?



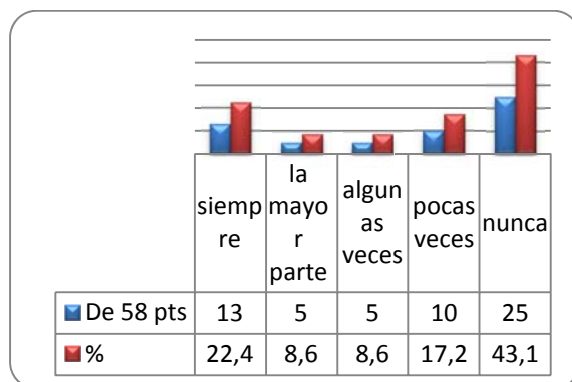
Ítem 4b ¿en el ultimo mes por su *salud física* hizo menos de lo que hubiera querido hacer?



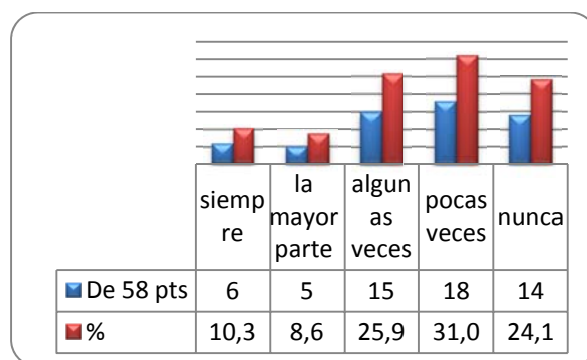
Ítem 4c ¿en el ultimo mes por su *salud física* estuvo limitado en su trabajo u actividades?



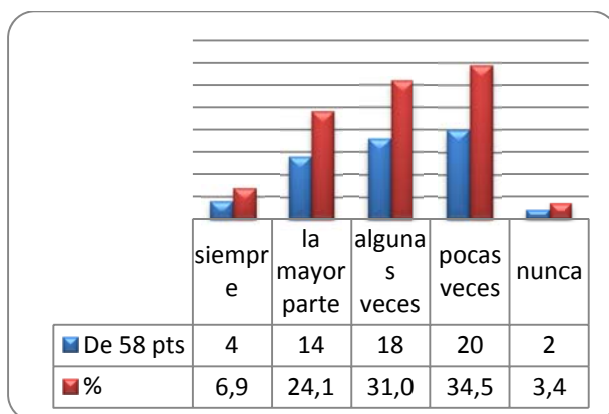
Ítem 4d ¿en el ultimo mes por su *salud física* tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad?



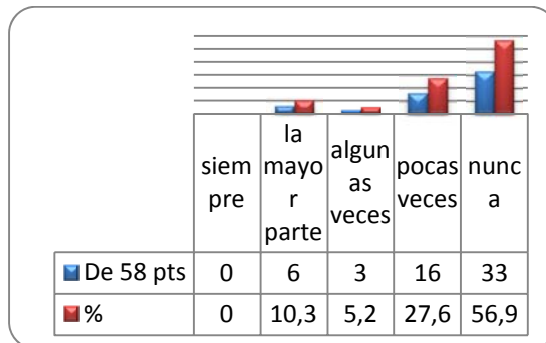
Ítem 5a ¿en el ultimo mes por *problemas emocionales* a reducido el tiempo dedicado a su trabajo u otra actividad?



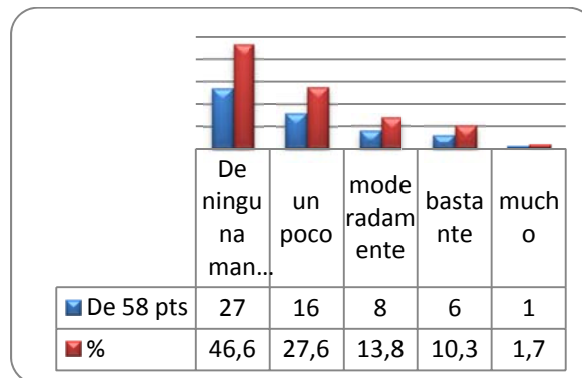
Ítem 5b ¿en el ultimo mes por *problemas emocionales* a logrado hacer menos de lo que hubiera querido?



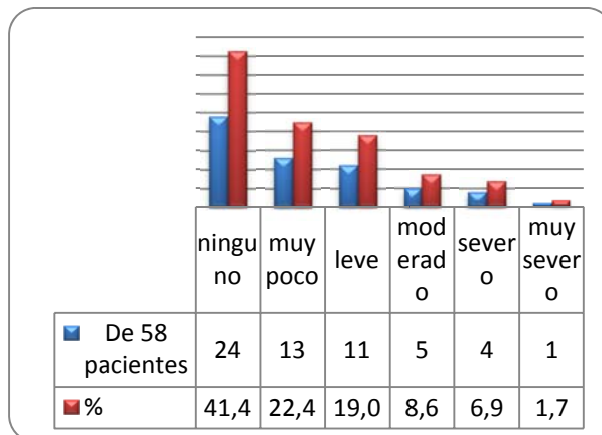
Ítem 5c ¿en el ultimo mes por *problemas emocionales* hizo su trabajo con menos cuidado que el de siempre?



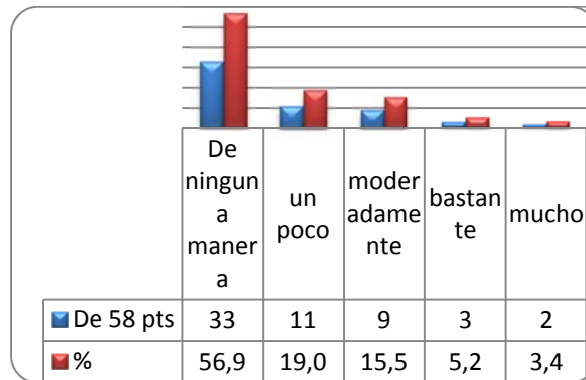
Ítem 6 ¿Durante el ultimo mes ¿en que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos o grupo social?



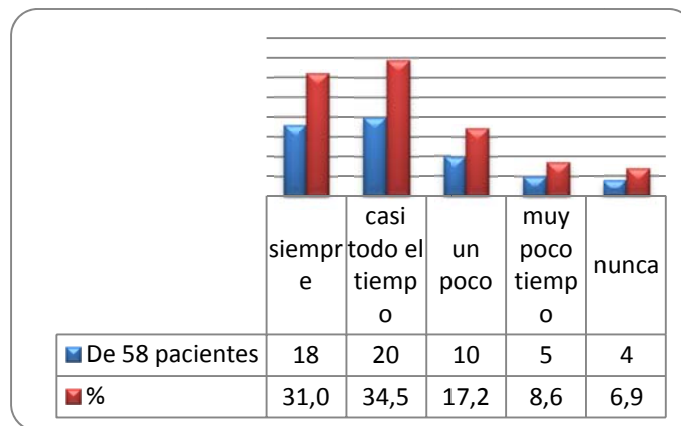
Ítem 7 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo el último mes?



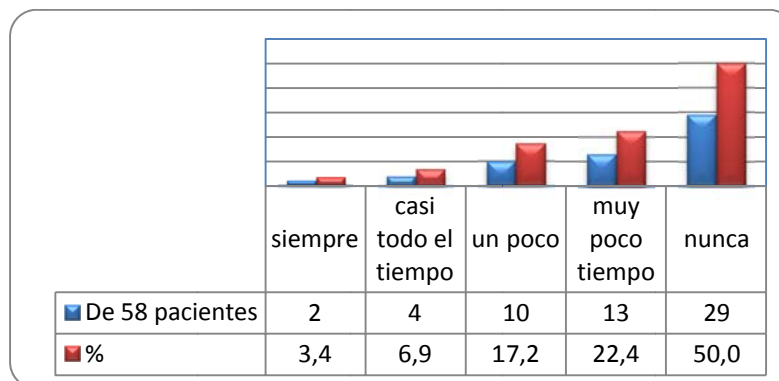
Ítem 8 ¿Durante el ultimo mes, hasta que punto el dolor ha interferido con sus tareas normales?



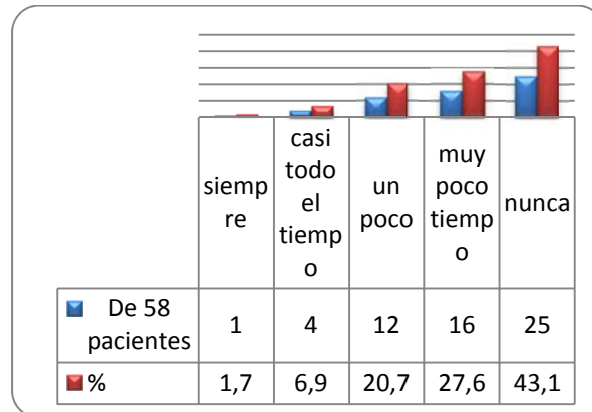
Ítem 9a ¿se ha sentido animado?



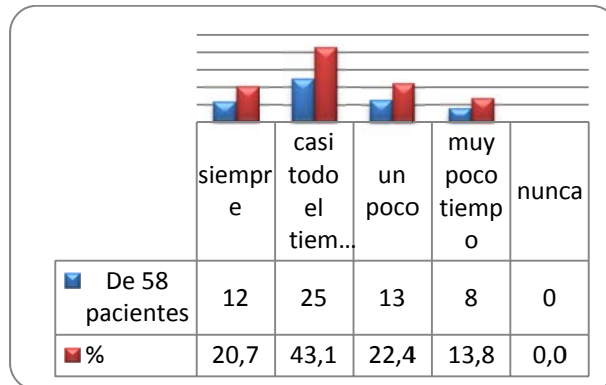
Ítem 9b ¿Estuvo nervioso?



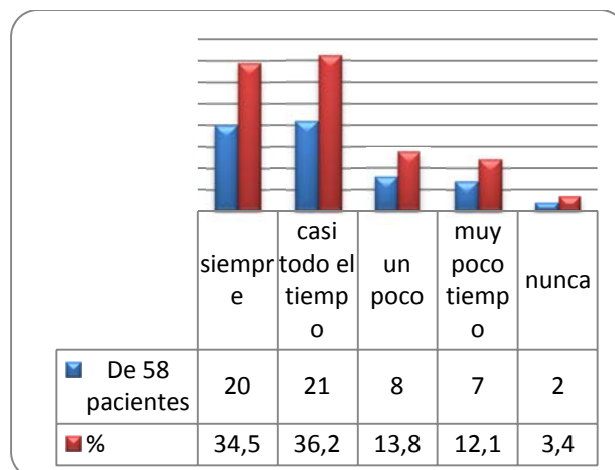
Ítem 9c ¿Estuvo muy decaído que nada lo animaba?



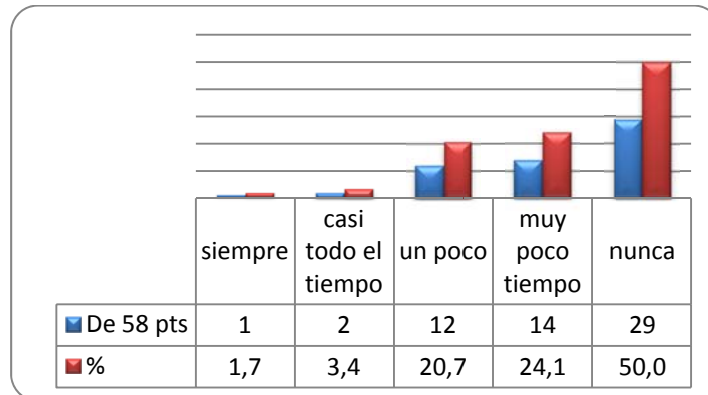
Ítem 9d ¿se sintió tranquilo y calmado?



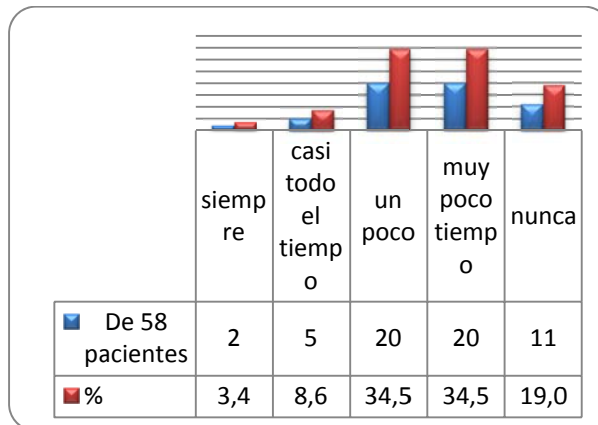
Ítem 9e ¿se sintió con mucha energía?



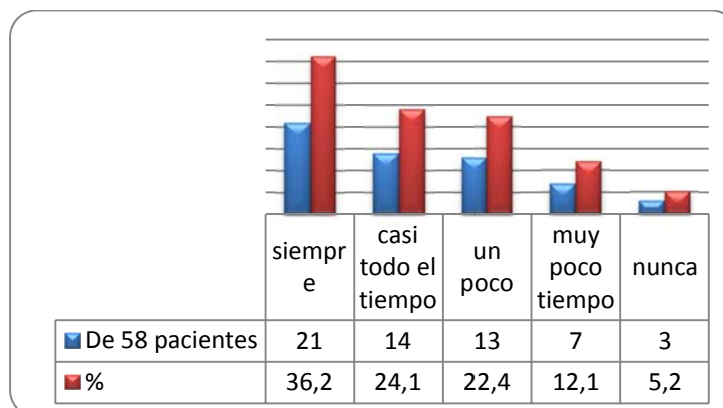
Ítem 9f ¿se sintió desanimado y triste?



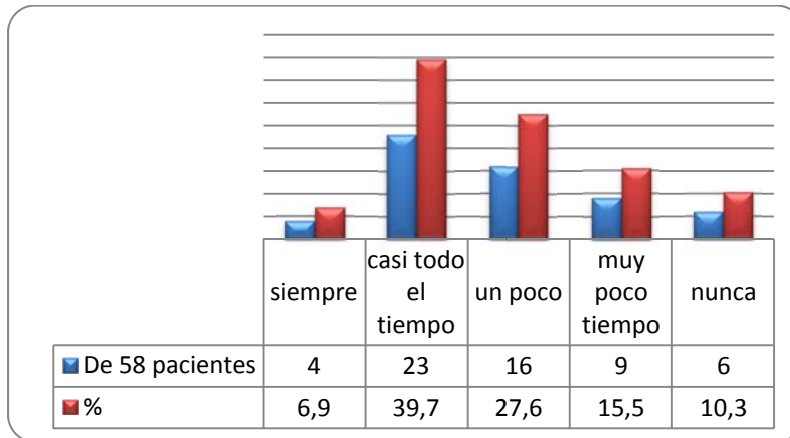
Ítem 9g ¿se sintió agotado?



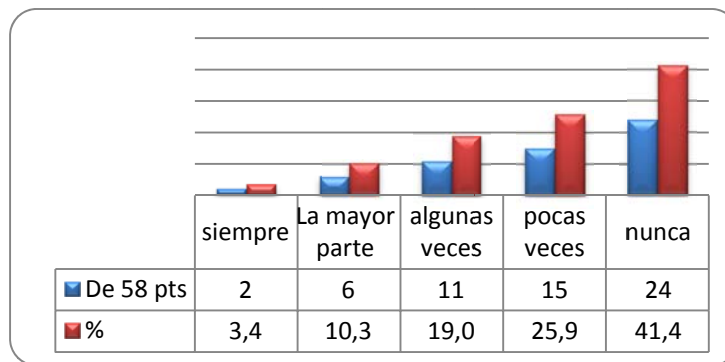
Ítem 9h ¿se ha sentido una persona feliz?



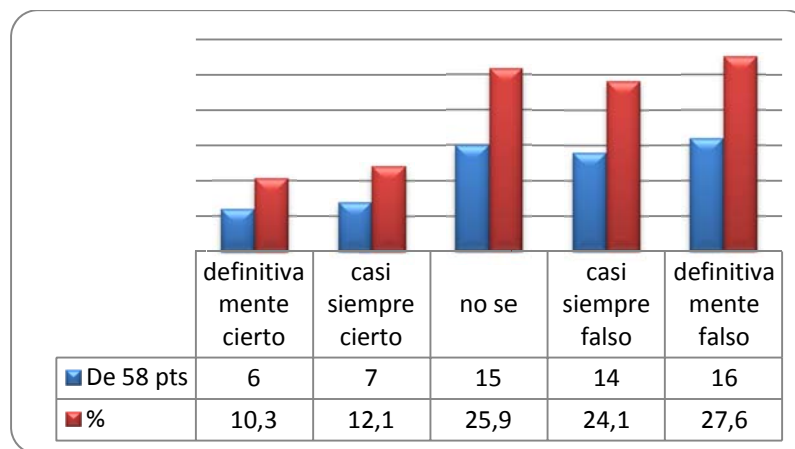
Ítem 9i ¿se ha sentido cansado?



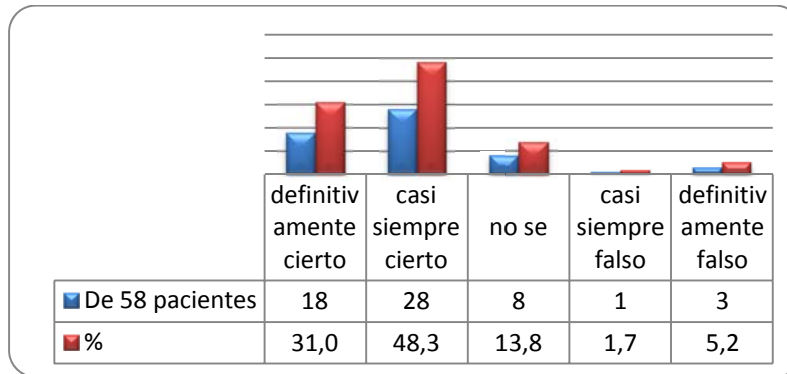
Ítem 10¿durante el último mes cuanto tiempo a ha afectado su salud o estado emocional sus actividades sociales Eje: visitar amigos y familiares?



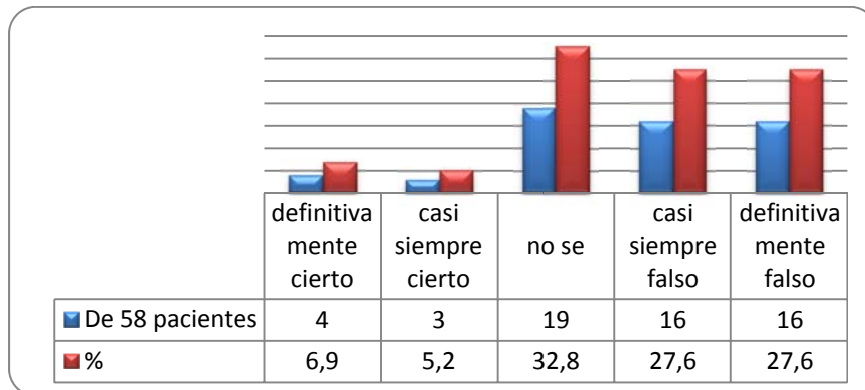
Ítem 11A ¿se enferma con más facilidad que otras personas?



Ítem 11B estoy tan saludable como cualquier otra persona?



Ítem 11c ¿Creo que mi salud va a empeorar?



Ítem 11d ¿Mi salud es Excelente?

