



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Tecnología Médica**

**Calidad de vida en usuarios post infarto agudo de  
miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en  
el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología  
Médica en el área de Terapia Ocupacional

**AUTOR**

Ronald Enrique SANTIVANEZ RAMOS

**ASESOR**

Paula Martha VELIZ TERRY

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Santivañez R. Calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2020.

---

## Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	<a href="https://orcid.org/0000-0003-2923-0339">https://orcid.org/0000-0003-2923-0339</a>
DNI o pasaporte del autor	73319930
Código ORCID del asesor	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7332-2727">https://orcid.org/0000-0002-7332-2727</a>
DNI o pasaporte del asesor	10385908
Grupo de investigación	“—”
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Av. García Naranjo 840, La Victoria. 12°03'34"S 77°01'20"O
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019
Disciplinas OCDE	Sistema cardiaco, Sistema cardiovascular <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.04">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.04</a>



Firmado digitalmente por  
 FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA  
 Alicia Jesus FAU 20148092282 soft  
 Motivo: Soy el autor del documento  
 Fecha: 11.05.2021 13:06:38 -05:00

**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
 Universidad del Perú, Decana de América  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela Profesional de Tecnología Médica**

**"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"**



Firmado digitalmente por SANDOVAL  
 VEGAS Miguel Hernan FAU  
 20148092282 soft  
 Motivo: Soy el autor del documento  
 Fecha: 07.05.2021 22:38:39 -05:00

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Conforme a lo estipulado en el Art. 113 inciso C del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. No. 03013-R-16) y Art. 45.2 de la Ley Universitaria 30220. El Jurado de Sustentación de Tesis nombrado por la Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, conformado por los siguientes docentes:

- Presidente: Mg. Mirtha Felicia Sánchez Casas  
 Miembros: Lic. Alicia Violeta Herrera Bonilla  
 Lic. Amelia Del Rosario Olórtegui Moncada  
 Asesora : Mg. Paula Martha Veliz Terry

Se reunieron en la ciudad de Lima, el día 04 de setiembre del 2020, siendo las 15:00 horas, procediendo a evaluar la Sustentación de Tesis, titulado "**Calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019**", para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Ocupacional del Señor:

**RONALD ENRIQUE SANTIVÁÑEZ RAMOS**

Habiendo obtenido el calificativo de:

16

DIECISEIS

.....  
 (En números)

.....  
 (En letras)

Que corresponde a la mención de: .....

Quedando conforme con lo antes expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.

.....  
 Presidente

Mg. Mirtha Felicia Sánchez Casas  
 D.N.I: 08080527

.....  
 Miembro

Lic. Alicia Violeta Herrera Bonilla  
 D.N.I: 07584838

.....  
 Miembro

Lic. Amelia Del Rosario Olórtegui Moncada  
 D.N.I: 08659985

.....  
 Asesora de Tesis

Mg. Paula Martha Veliz Terry  
 D.N.I: 10385908

**Datos de plataforma virtual institucional del acto de sustentación: Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:**

https: <https://medical-int.zoom.us/j/92581996852>

ID:

Grabación archivada en:

**Calidad de vida en usuarios post infarto agudo de  
miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el  
Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019**

**Autor:**

Bachiller, SANTIVAÑEZ RAMOS, RONALD ENRIQUE

**Asesor:**

Mg. PAULA MARTHA VELIZ TERRY

## **DEDICATORIA**

*A Dios, mi guía y fortaleza en los momentos más difíciles.*

*A mis abuelos Antonio, Ricardina e Inocenta que, desde lo más alto del cielo, me cuidan y bendicen siempre.*

*A mis padres José y Dora, mi principal inspiración, aliento y apoyo en cada etapa de mi vida. Con mucho amor para ellos.*

*A mi hermano Piero, mi compañero de vida.*

*A Jennifer, por su comprensión y compañía*

## **AGRADECIMIENTO**

*Al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen por permitirme llevar a cabo esta investigación.*

*A cada uno de los usuarios del programa de rehabilitación cardiaca que participaron de este estudio con muchos ánimos y espíritu colaborador. A ellos, mi más sincero agradecimiento.*

*A la Mg. Martha Veliz Terry, por su apoyo incondicional durante todo el proceso de esta investigación, por sus enseñanzas, su vocación de servicio y labor comunitaria.*

*A la Lic. Angélica Arbulú Paz del servicio de Terapia Física y Rehabilitación por concederme un espacio en sus actividades y por su apoyo constante durante todo el tiempo que duró la recolección de datos.*

*Al Lic. Fernando del Águila del servicio de Terapia Ocupacional, por sus consejos, apoyo, conocimientos y orientación durante mi internado.*

*A cada uno de los terapeutas ocupacionales que contribuyeron en mi formación como futuro profesional.*

*A mi hermosa carrera de Terapia Ocupacional, por abrirme las puertas a un mundo de retos constantes en servicio de las personas que más nos necesitan.*

*A mi amada Universidad Nacional Mayor de San Marcos, mi segunda casa, mi anhelo de niño y alma mater.*



# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES .....	5
1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.3. OBJETIVOS.....	10
1.3.1. Objetivo general.....	10
1.3.2. Objetivos específicos .....	11
1.4. BASES TEÓRICAS .....	11
1.4.1. Base teórica.....	11
1.4.2. Definición de términos .....	17
1.4.3. Formulación de la hipótesis .....	18
<b>CAPÍTULO II: MÉTODOS .....</b>	<b>20</b>
2.1. DISEÑO METODOLOGICO .....	21
2.1.1. Tipo de investigación.....	21
2.1.2. Diseño de la investigación .....	21
2.1.3. Población .....	21
2.1.4. Muestra y muestreo .....	21
2.1.5. Variables .....	22
2.1.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	22
2.1.7. Procedimientos y análisis de datos .....	24
2.1.8. Consideraciones éticas.....	25
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
3.1. RESULTADOS .....	29
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
4.1. DISCUSIÓN.....	36

<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>40</b>
5.1. CONCLUSIONES.....	41
5.2. RECOMENDACIONES .....	41
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>48</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los usuarios post infarto agudo de miocardio.	29
Tabla 2. Calidad de vida global antes del inicio y al término del PRC. ....	30
Tabla 3. Calidad de vida respecto a la dimensión física antes del inicio y al término del PRC. ....	31
Tabla 4. Calidad de vida respecto a la dimensión social antes del inicio y al término del PRC. ....	32
Tabla 5. Calidad de vida respecto a la dimensión social antes del inicio y al término del PRC. ....	33

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Género de los usuarios post infarto agudo de miocardio del PRC .....	57
Gráfico 2. Edad de los usuarios post infarto agudo de miocardio del PRC .....	57
Gráfico 3. Estado civil de los usuarios post infarto agudo de miocardio del PRC...	58
Gráfico 4. Ocupación de los usuarios post infarto agudo de miocardio del PRC .....	58
Gráfico 5. Calidad de vida global antes del inicio y al término del PRC .....	59
Gráfico 6. Calidad de vida respecto a la dimensión física, antes del inicio y al término del PRC .....	59
Gráfico 7. Calidad de vida respecto a la dimensión social, antes del inicio y al término del PRC. ....	60
Gráfico 8. Calidad de vida respecto a la dimensión emocional antes del inicio y al término del PRC. ....	60

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En Perú, existe un alto riesgo de sufrir alguna enfermedad cardiovascular, que comprometería la capacidad física, estado psicológico y función social de aquellas personas que la padecen, interfiriendo en el desempeño de las actividades de vida diaria y en ocupaciones significativas. **OBJETIVO:** Determinar la calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca. **DISEÑO:** Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo. **LUGAR:** Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. **PARTICIPANTES:** 31 usuarios post infarto agudo de miocardio **RESULTADOS:** La calidad de vida global (CV), al inicio del tratamiento fue “regular” (61.2%), “mala” (29%) y “buena” (9.6%); y al término, “regular” (61.3%) y “buena” (38.7%). Respecto a la dimensión física, al inicio del tratamiento, la CV fue “regular” (67.7%), “mala” (25.8%) y “buena” (6.45%); y al término, “regular” (48.4%), “buena” (45.2%) y “mala” (6.5%). En la dimensión social, al inicio del tratamiento, la CV fue “regular” (58%), “buena” (22.5%) y “mala” (19.3%); y al término, “buena” (61.3%) y “regular” (38.7%). En la dimensión emocional, al inicio del tratamiento, la CV fue “regular” (54.84%), “buena” (32.26%) y “mala” (12.9%); y al término, “buena” (58.1%) y “regular” (41.9%). **CONCLUSIONES:** La CV en los usuarios post infarto agudo de miocardio mejoró al término del tratamiento, siendo la dimensión física la más comprometida al inicio y al término del PRC. Se registró una mejoría estadísticamente significativa en las dimensiones evaluadas.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, Programa de rehabilitación cardiaca, Terapia Ocupacional.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In Peru, there is a high risk of suffering a cardiovascular disease, which would compromise the physical capacity, psychological state and social function of those who suffer from it, interfering in the performance of daily life activities and in significant occupations. **OBJECTIVE:** To determine the quality of life in users after acute myocardial infarction of the Cardiac Rehabilitation Program. **DESIGN:** Descriptive, longitudinal and prospective study. **PLACE:** Guillermo Almenara Irigoyen Hospital. **PARTICIPANTS:** 31 user's post-acute myocardial infarction of the cardiac rehabilitation program. **RESULTS:** The overall quality of life (QoL) at the start of treatment was "regular" (61.2%), "bad" (29%) and "good" (9.6%); and at the end, "regular" (61.3%) and "good" (38.7%). Regarding the physical dimension, at the start of the treatment, the QoL was "regular" (67.7%), "bad" (25.8%) and "good" (6.45%); and at the end, "regular" (48.4%), "good" (45.2%) and "bad" (6.5%). In the social dimension, at the beginning of the treatment, the QoL was "regular" (58%), "good" (22.5%) and "bad" (19.3%); and at the end, "good" (61.3%) and "regular" (38.7%). In the emotional dimension, at the beginning of the treatment, the QoL was "regular" (54.84%), "good" (32.26%) and "bad" (12.9%); and at the end, "good" (58.1%) and "regular" (41.9%). **CONCLUSIONS:** QoL in post-acute myocardial infarction users improved at the end of treatment, with the physical dimension being the most compromised at the beginning and at the end of the CRP. A statistically significant improvement was recorded in the dimensions evaluated.

**KEYWORDS:** Quality of life, Cardiac rehabilitation, Occupational Therapy



# **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**



Las enfermedades cardiovasculares son consideradas como una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2011, se produjo alrededor de 17,3 millones de muertes por cardiopatías, lo que representó el 30% de todas las muertes registradas a nivel mundial. Ello las convierte en uno de los mayores problemas que enfrenta la salud pública. Las poblaciones de países en vías de desarrollo se muestran como las más vulnerables, debido a que el 80% de muertes se registró en países con ingresos económicos moderados. A causa de los procesos de transición económica que mejoraron el poder adquisitivo de las personas, se desarrollaron estilos de vida poco saludables, en los que la hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, diabetes, dislipidemia, obesidad, y dieta inadecuada aumentaron el riesgo de presentar cardiopatías <sup>(1)</sup>.

En el Perú, La Sociedad Peruana de Cardiología, en el año 2006, realizó un estudio denominado TORNASOL I, con el objetivo de determinar la prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en nuestro país. La investigación incluyó a pacientes de 26 ciudades del norte, centro y sur del Perú. Posteriormente, en el año 2011, dicha entidad llevó a cabo otro estudio denominado TORNASOL II, con el fin de identificar los cambios respecto a los resultados obtenidos en el primer estudio. Los hallazgos que obtuvieron en TORNASOL II, demostraron que la prevalencia de la HTA fue del 27.3%, respecto al 23.7% registrado en TORNASOL I. Estos resultados evidenciaron que, cinco años después, hubo un aumento de la prevalencia de la HTA en el Perú. Respecto a ello, los investigadores estimaron que dos de cada seis peruanos son hipertensos, lo que aumentaría la probabilidad que sufran de alguna enfermedad cardiovascular, como el infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardiaca, entre otros <sup>(2)</sup>.

Las enfermedades cardiovasculares generan repercusiones en la vida de las personas, que se pueden manifestar a nivel físico, psicológico, social y laboral. A nivel físico, esta condición se caracteriza por comprometer la capacidad funcional de las personas que la padecen, expresándose en la disminución de la tolerancia a aquellas actividades que demandan un mayor gasto energético, como el ejercicio físico, la higiene mayor, o subir y bajar escaleras, en las que la disnea y el dolor, son las

principales manifestaciones que interfieren en el desempeño del usuario en sus actividades de vida diaria <sup>(3)</sup>.

A nivel psicológico, la mayoría de usuarios que padece de alguna enfermedad cardiovascular presenta sentimientos de depresión y ansiedad, los cuales pueden convertirse en factores de riesgo para la recurrencia de eventos cardiovasculares posteriores, inclusive la muerte. Estas personas atraviesan por un proceso de cambios en su estilo de vida, así como en sus intereses, visión, y participación; que pueden ser afrontados con sentimientos de ira y negación <sup>(3)</sup>.

A nivel social, la cardiopatía no solo genera un impacto en la vida de las personas, sino que compromete también a la familia, amigos y su entorno más cercano. Debido a estos cambios, como hábitos dietéticos, fatiga o disnea, la función social en ellas puede verse restringida, dado que se pueden presentar dificultades para desempeñar activamente un nuevo rol dentro de su entorno. De igual manera, los familiares, atraviesan por un proceso similar, donde sus roles y aspiraciones futuras se ven comprometidas <sup>(3,4)</sup>.

En relación al ámbito laboral, se considera que la cardiopatía isquémica es una de las principales causas de incapacidad laboral permanente en usuarios mayores de 40 años. Asimismo, según García A. (2015), solo del 56% logra reincorporarse a sus actividades laborales después del infarto. Además, de este porcentaje, los usuarios con mayor edad son aquellos que presentan menor probabilidad de retomar estas actividades <sup>(5)</sup>.

Ante lo expuesto anteriormente, el presente estudio pretende responder a la siguiente interrogante:

¿Cómo es la calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019?

A continuación, en el capítulo I, se presenta la descripción de los antecedentes, la importancia del estudio, los objetivos de la investigación y la base teórica

relacionada al tema. En el capítulo II, se describe la metodología de investigación, la cual corresponde a un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo, longitudinal y prospectivo. A su vez, se menciona el instrumento utilizado (Cuestionario Mac New (QLMI-2) Versión española) y el análisis de los datos recopilados. En el capítulo III, se presentan los resultados obtenidos mediante tablas y gráficos. En el capítulo IV, se realiza la discusión de los mismos. Finalmente, en el capítulo V, se mencionan las conclusiones y recomendaciones.

## **1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES**

**MUNYOMBWE** y cols., realizaron, en el año 2019, la investigación en el Reino Unido, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud de aquellas personas después de un infarto. En su estudio, incluyeron a un total de 9566 usuarios hospitalizados por IAM de 77 hospitales del servicio nacional de salud de Inglaterra durante los años 2010 – 2015. Para la recolección de datos, los investigadores utilizaron el instrumento EuroQol-5D (EQ-5D), que evalúa aspectos como la movilidad, actividades de vida diaria, dolor, molestias, ansiedad y depresión. Respecto a los resultados, encontraron que la mayoría de participantes percibieron dificultades en la movilidad y en sus actividades de vida diaria, y el 69% reportó dolor, malestar, ansiedad y depresión durante su hospitalización. No obstante, a los 12 meses del evento cardíaco, solo el 59% reportó estos síntomas. Por otro lado, la CVRS reducida estuvo asociada a la población de género femenino y a usuarios con diabetes, angina previa, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar crónica entre otros. Finalmente, los investigadores concluyeron que la mayoría de las personas después de un IAM mejoraron su calidad de vida; sin embargo, las personas con complicaciones de salud crónica presentaron mayores dificultades <sup>(6)</sup>.

**KIM** y cols., en el año 2018, desarrollaron, en Corea del Sur, el estudio titulado “Efecto de la rehabilitación cardíaca en el hospital sobre la calidad de vida y capacidad física en pacientes con infarto agudo de miocardio”, cuya población estuvo constituida por 73 personas con antecedentes de infarto, a las cuales se les realizó un seguimiento durante dos años posteriores al evento. Los investigadores asignaron a los usuarios a dos grupos: el primero estuvo conformado por 35 usuarios que asistieron a un

programa de rehabilitación cardiaca (CR), y el segundo grupo lo constituyeron 38 usuarios que no recibieron intervención (no CR). El estudio consistió en que, por un lado, las personas asignadas al grupo CR asistieron 3 veces por semana durante 2 meses al programa de rehabilitación cardiaca, en la que realizaron entrenamiento físico, mientras eran supervisadas por especialistas del hospital; así mismo, recibieron intervención psicológica y asesoría nutricional. Por otro lado, las personas asignadas al grupo no CR recibieron pautas para realizar ejercicios desde su casa, sin ningún tipo de supervisión por parte de los especialistas. Para dicho estudio hicieron uso del instrumento SF-36, para determinar la calidad de vida de las personas en ambos grupos. Los resultados demostraron que el grupo CR presentó mejoras significativas a nivel físico, emocional y mental, en comparación con el grupo no CR, que no registró mayores avances. Según estos hallazgos, los investigadores sostuvieron que el programa de rehabilitación cardiaca mejoró la calidad de vida de los usuarios, con un mayor énfasis en la recuperación de la capacidad física <sup>(7)</sup>.

**FLORES M.**, en su trabajo de investigación “Práctica de autocuidado en la calidad de vida en pacientes con infarto agudo de miocardio”, realizado en Perú en el año 2017, realizó una evaluación de la efectividad de la práctica de autocuidado sobre la calidad de vida en los pacientes con IAM. Dicho estudio contó con la participación de 20 usuarios post infarto de edades entre los 40 y 80 años, de los cuales 17 eran hombres. Para determinar la calidad de vida de estos usuarios, la investigadora utilizó el instrumento Mac New (QLMI-2) versión española, que se aplicó a los participantes antes y después de la educación sobre el autocuidado.

Los resultados demostraron que la mayoría de usuarios después de la práctica de autocuidado presentaron una calidad de vida regular en las dimensiones física, social y emocional. Respecto a la calidad de vida global, el 55% afirmó presentar una calidad de vida regular; seguido de quienes la percibieron como buena, con un 35%. El estudio llegó a la conclusión que las prácticas de autocuidado en usuarios post infarto mejoraron su calidad de vida <sup>(8)</sup>.

**ROJAS Y FLÓREZ**, en Colombia, en el año 2016, realizaron el estudio “Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio”, que tuvo como objetivo identificar la asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad

de vida de pacientes post infarto. Participaron de dicho estudio un total de 180 personas, en el que el 68% corresponde al porcentaje de hombres, cuya edad media fue de 63 años. Para recabar la información requerida, los investigadores utilizaron dos instrumentos: el Cuestionario MBG (Martín Bayare Grau) para evaluar la adherencia al tratamiento y el Cuestionario de Velasco-Del Barrio para determinar la calidad de vida en pacientes post infarto. Este último instrumento valora aspectos como la capacidad funcional, síntomas y la percepción del paciente respecto a ellos. Los hallazgos demostraron que el 54% presentó una adherencia total al tratamiento y el 27% presentó una baja calidad de vida. Así mismo, encontraron un coeficiente de -0.315, según la correlación de Spearman, entre las dos variables. Por ello, concluyeron que existe una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida relacionada a la salud <sup>(9)</sup>.

**FERONI Y THIELKE**, en Estados Unidos, durante el año 2010, llevaron a cabo el trabajo titulado “Intervenciones efectivas utilizadas por terapeutas ocupacionales en la rehabilitación cardíaca”. El objetivo de este estudio fue determinar la intervención de los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación cardíaca, a través de una revisión de estudios experimentales y no experimentales. Los estudios que se incluyeron en esta revisión sistemática se centraron en tres áreas principales: actividades de vida diaria, ejercicio y manejo de estrés.

Los resultados obtenidos demostraron que la mayoría de usuarios, después de un evento cardíaco, presenta dificultades en el desempeño de sus actividades de vida diaria como dolores o la necesidad de algún tipo de asistencia para poder concluir las. Respecto a ello, los investigadores refieren que, antes de retomar estas actividades, se debe realizar un acondicionamiento físico con ejercicios aeróbicos con el fin de mejorar la tolerancia a la actividad por parte del usuario, y para que este pueda retomar sus actividades de vida diaria lo más pronto posible y de manera eficiente. Por otro lado, mencionaron la importancia del terapeuta ocupacional en el manejo del estrés, dado que la mayoría de usuarios puede presentar sentimientos de ansiedad o depresión después del evento cardíaco, que podrían interferir en su desempeño ocupacional <sup>(10)</sup>.

**HOYOS S.**, en su investigación “Determinación de la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular asistente al Programa de Rehabilitación Cardíaca en Fase

II, en una Institución de nivel IV”, desarrollado en Colombia, en el año 2009, tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de los pacientes que acuden a un programa de rehabilitación cardíaca. Para ello, la investigadora administró el cuestionario Mac-New (QLMI-2) a 60 pacientes al inicio y al final de dicho programa. Los resultados que obtuvo demostraron que la calidad de vida al final del programa mejoró significativamente en las dimensiones física, social y emocional. De este modo, concluyó que el programa de rehabilitación cardíaca influye positivamente en la calidad de vida en usuarios post infarto <sup>(11)</sup>.

**VARGAS T.** y cols., en 2007, realizaron el estudio “Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes post infarto de miocardio” llevado a cabo en Colombia. La finalidad de este trabajo fue evaluar la percepción de los usuarios respecto a su calidad de vida después del infarto. La investigación incluyó a un total de 50 usuarios post infarto agudo de miocardio atendidos en un hospital universitario. Entre los datos que hallaron, el 64% de participantes era mayor de 60 años, y el 70% pertenecía al género masculino. Para el desarrollo del estudio, transcurrido dos meses después del evento cardíaco, los investigadores realizaron visitas domiciliarias a los usuarios, donde se les administró el cuestionario SF-36. Los resultados arrojaron que el 82% de usuarios tuvo una percepción de “peor calidad de vida” luego del infarto. Además, con respecto al componente de salud física, el 68% de los usuarios presentó una “salud mala”, y el 74% manifestó presentar dificultades para realizar sus actividades de vida diaria y de trabajo. Así mismo, respecto al componente de salud mental, el 64% de los usuarios mencionó sentirse “sin ánimos”. Ante estos resultados, los investigadores concluyeron que los usuarios, luego del infarto, percibieron una percepción de peor calidad de vida después del infarto, debido principalmente a que dicha condición comprometía su participación en actividades de vida diaria y en el trabajo <sup>(4)</sup>.

**PACCI K.** y cols., en 2011, realizaron la investigación “Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú” cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida en usuarios que recibieron rehabilitación cardíaca en el INCOR. El estudio estuvo conformado por 219 participantes, de los cuales el 67% eran hombres cuya edad promedio fue 64 años. A ellos, se les administró el cuestionario SF-36 tanto al inicio como al final del programa

de rehabilitación cardíaca. Los resultados demostraron que la mayoría de usuarios reportó mejoras significativas en los componentes de salud física y mental. Por ello, el estudio concluye que el programa de rehabilitación cardíaca mejoró la calidad de vida de los usuarios, ya que se obtuvo mejores resultados en las dimensiones antes mencionadas <sup>(12)</sup>.

**FORTE E.** y cols., llevaron a cabo, en Argentina, en el año 2018, el estudio titulado “Calidad de vida de los pacientes con infarto de miocardio”, con el objetivo de analizar aquellos factores que podrían influir en la calidad de vida de estas personas. Para ello, incluyeron a un total de 117 participantes, de los cuales 71 formaron parte del grupo de aquellos que sufrieron un infarto y 46 conformaron el grupo control, estos últimos, pacientes egresados de la institución. A los participantes, se les administró el cuestionario EuroQol - EQ5D, el cual es un instrumento que valora aspectos como movilidad, cuidado personal, actividades de vida diaria, ansiedad/depresión y dolor/discomfort; cada una de estas categorías tiene 3 posibles respuestas: sin problemas, problemas moderados y problemas severos. Los resultados que obtuvieron demostraron que no se registraron diferencias significativas en relación al cuidado personal, actividades de vida diaria, presencia de dolor o movilidad. Sin embargo, el 48% de los participantes del grupo IAM manifestó presentar sentimientos de ansiedad/depresión, respecto al 11% registrado en el grupo control. Conforme a estos hallazgos, los investigadores concluyeron que la ansiedad/depresión fueron los factores que se presentaron con más frecuencia en los usuarios que sufrieron de un IAM, y que impactaron negativamente en la calidad de vida de estas personas. <sup>(13)</sup>

## **1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

En nuestro país, según el Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2014, la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica fue del 28% <sup>(14)</sup>. Estas cifras demuestran que nos encontramos ante uno de los principales problemas de salud en los últimos años, el cual afecta significativamente la calidad de vida de las personas que sobreviven a esta enfermedad, dado que esta no solo genera repercusiones en la capacidad física, sino también interfiere en el desempeño de los usuarios en sus principales áreas de ocupación, como actividades básicas e instrumentales de vida diaria, trabajo y

participación social. De este modo, se compromete su independencia y autonomía, lo que les podría llevar a una situación de discapacidad.

Por ello, consideramos importante determinar la calidad de vida de los usuarios post infarto a fin de identificar qué dimensiones son las más afectadas y que podrían estar comprometiendo el desempeño de los usuarios. Así mismo, los resultados obtenidos en este estudio podrían ser utilizados por los profesionales a cargo del programa de rehabilitación cardíaca del Hospital Guillermo Almenara a fin de mejorar, replantear u orientar futuras intervenciones en esta población de estudio.

Los hallazgos entorno a las dimensiones más comprometidas después del infarto podrían brindar información respecto a aquellas áreas que necesitarían de la intervención de la Terapia Ocupacional, dado que reconocemos que es de vital importancia el abordaje de este servicio en la rehabilitación de usuarios en busca de retomar las ocupaciones más significativas para ellos. Por ello, se plantea como objetivo lograr la futura incorporación de este servicio al programa de rehabilitación cardíaca del Hospital Guillermo Almenara, lo cual beneficiaría a futuros usuarios que asistan a dicho programa. De este modo, se lograría una intervención más holística e integral.

De igual manera, esta investigación proporcionaría datos entorno al estudio en este tipo de población, debido a que en nuestro país se registran pocos estudios sobre aquel grupo.

### **1.3. OBJETIVOS.**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Determinar la calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019.



### **1.3.2. Objetivos específicos.**

- Identificar la calidad de vida respecto a la dimensión física, de los usuarios post infarto del programa de rehabilitación cardiaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2019.
- Establecer la calidad de vida respecto a la dimensión social, de los usuarios post infarto del programa de rehabilitación cardiaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2019.
- Precisar la calidad de vida respecto a la dimensión emocional, de los usuarios post infarto del programa de rehabilitación cardiaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2019.

## **1.4. BASES TEÓRICAS.**

### **1.4.1. BASE TEÓRICA**

#### **1.4.1.1. Infarto Agudo de Miocardio**

##### **1.4.1.1.1. Definición**

Entre los años de 1950 y 1970, la OMS estableció la primera definición general para el IAM, basada principalmente en los cambios registrados en el electrocardiograma (ECG) <sup>(15)</sup>. Tiempo después, La Sociedad Europea de Cardiología (ESC), en colaboración con el Colegio Americano de Cardiología (ACC), redefinieron este concepto, basado en un enfoque clínico y bioquímico a partir de los cambios encontrados en los biomarcadores cardiacos que se presentan en un IAM. En el 2007, el Global MI Task Force presenta una nueva clasificación para el IAM en 5 subcategorías, que luego fue avalada por el ACC y la ESC, para finalmente ser aceptada por la OMS <sup>(15)</sup>.

En el año 2012, La World Heart Federation (WHF) introduce como nuevo criterio para definir del IAM, la presencia de alteraciones en los biomarcadores cardiacos, como la elevación de los valores de troponina cardiaca como signo de lesión del miocardio <sup>(15)</sup>.

La ESC en el 2018, define al IAM como la necrosis del músculo cardíaco producido por una disminución del flujo sanguíneo a causa de la oclusión total o parcial de la arteria coronaria, que se manifiesta en la alteración de los valores de biomarcadores cardíacos <sup>(15,16)</sup>.

#### **1.4.1.1.2. Clasificación**

La ESC estableció una clasificación del IAM acorde a las características clínicas que estas presentaban:

Tipo 1, causada por la erosión o ruptura de una placa aterosclerótica, con la formación de un trombo intramural en una o más arterias coronarias que disminuyen el flujo sanguíneo.

Tipo 2, relacionada a una alteración entre el suministro y la demanda de oxígeno, responsable de la lesión en el miocardio, como disfunción endotelial, espasmo de la arteria coronaria, embolia, entre otros. Este tipo de infarto prevalece más en mujeres, y la tasa de mortalidad a corto y largo plazo es mayor que en el infarto de tipo I.

Tipo 3, el cual corresponde con aquellas personas que mueren antes de detectar la elevación de biomarcadores cardíacos.

Tipo 4, relacionado con aquellos infartos que registran una elevación de los valores de la troponina cardíaca (cTn).

Tipo 4a, cuando se presenta una elevación de cTn > 5 veces el percentil 99 del límite superior de referencia (LSR) en personas con valores basales normales.

Tipo 4b, referido a aquellos infartos cuya causa principal de la lesión corresponde a una trombosis del stent.

Tipo 4c, IAM cuya lesión es provocada por una reestenosis o una lesión más compleja.

Tipo 5, basado en la elevación de cTn > 10 veces el percentil 99 del LSR, en personas que presentan valores basales normales en las primeras 48 horas después de la intervención quirúrgica <sup>(15)</sup>.

#### **1.4.1.1.3. Etiología**

Respecto a la etiología, la aterosclerosis es la principal causa de esta enfermedad, en la que la hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabaquismo, hipertrigliceridemia, se muestran como los principales factores de riesgo cardiovascular. El IAM es más prevalente en personas de género masculino, personas de edades avanzadas y en aquellos que presentan antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares (17). Respecto a ello, Yusuf y cols. (2014) llevaron a cabo un estudio en el cual realizaron un seguimiento a un total de 156 424 personas en 17 países durante 4 años. Los investigadores llegaron a la conclusión que existe una mayor carga de estos factores de riesgo en países con ingresos económicos altos (18).

#### **1.4.1.1.4. Manifestaciones clínicas**

Entre las manifestaciones clínicas de esta enfermedad, es característico el dolor torácico de localización retroesternal, que es percibido por las personas como una sensación de opresión o quemazón intensa, que suele ser acompañada con sudoración o palidez. Se caracteriza por ser de inicio progresivo, cuya duración puede comprender desde minutos a horas. Las personas también pueden presentar náuseas, debilidad, alteración del estado de alerta y disnea. Por otro lado, diversos estudios mencionan que el ejercicio físico intenso, estrés emocional, fiebre, taquicardia o hipoxia, anemia, entre otros, se presentan como los principales factores desencadenantes de esta enfermedad (17).

#### **1.4.1.1.5. Diagnóstico**

El diagnóstico del IAM se basa en aspectos clínicos, pruebas bioquímicas, imágenes invasivas y no invasivas, evaluación patológica y el electrocardiograma (ECG). Cuando una persona presenta el cuadro clínico característico de un IAM, el Colegio Americano del Corazón y la Asociación Americana del Corazón recomiendan que se debe realizar un ECG de 12 o 16 derivaciones y una prueba de sangre para determinar los valores de la troponina cardiaca.

Las personas que sobreviven a un IAM, tienen una alta probabilidad de desarrollar otra enfermedad cardiovascular aún más compleja; sin embargo, esto varía en cada persona (18).

#### **1.4.1.1.6. Complicaciones**

Diversos estudios refieren que las principales complicaciones después de un IAM se expresan principalmente en la mortalidad, infartos recurrentes, insuficiencia cardiaca y accidente cerebrovascular, las cuales afectan considerablemente la calidad de vida de estas personas. Ante ello, los cambios en el estilo de vida, la rehabilitación integral y el tratamiento médico oportuno se muestran como los principales medios de acción <sup>(19)</sup>.

#### **1.4.1.2. Calidad de vida**

El término Calidad de Vida (CV) surge a través del tiempo con el objetivo de determinar el estado de salud o enfermedad en las personas. Diversos investigadores centraron su estudio en la conceptualización de este término, por lo cual fue abordado en diferentes campos de estudio, como las ciencias sociales, la economía, la medicina y la psicología, cada una de ellas con un constructo teórico diferente <sup>(11,20)</sup>. El concepto de CV se originó en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, dado que los investigadores de la época pretendían conocer la percepción de las personas respecto a si estas consideraban tener una buena vida o si se encontraban económicamente estables <sup>(21)</sup>.

Diversos autores han definido a la CV, como Borthwick-Duffy (1992), quienes la conceptualizaron bajo tres perspectivas:

La CV, como el conjunto de condiciones de vida, en otras palabras, considerada como la suma de aquellas condiciones que pueden ser medibles objetivamente, por ejemplo, el estado de salud, actividades funcionales, relaciones sociales y ocupación <sup>(21)</sup>.

La CV, como el grado de satisfacción que presentan las personas entorno a sus condiciones de vida. Respecto a ello, algunos autores discrepan con esta definición, debido a que consideran que existe un alto grado de subjetividad, por lo cual podría desestimar aspectos objetivos, como indicadores biológicos, económicos, sociales, políticos o culturales. <sup>(21)</sup>.

La CV, como la suma de las condiciones de vida y el grado de satisfacción con la vida misma. Esta definición considera una valoración objetiva de las condiciones de vida determinada por los indicadores mencionados anteriormente y una valoración subjetiva respecto a cada una de ellas <sup>(21)</sup>.

Felce & Perry (1995) definieron a la CV como el bienestar general obtenido de las valoraciones objetivas y subjetivas respecto a las dimensiones física, social, emocional y material. Así mismo, sostuvieron que la percepción de la persona entorno a estas dimensiones responden al grado de importancia o significancia que representan para su vida <sup>(21)</sup>.

La OMS (1997) define a la calidad de vida como “La percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” <sup>(22)</sup>. Esta definición considera la percepción de la persona respecto a indicadores objetivos, valoraciones subjetivas, capacidades y conductas, en relación al grado de satisfacción o insatisfacción que manifieste la persona respecto a estas dimensiones. Así mismo, esta definición hace referencia a ciertos factores que podrían influir en la percepción de la persona sobre su CV, las cuales son las expectativas, metas, intereses o estándares <sup>(21)</sup>.

A través del tiempo, se han originado diversas discusiones en relación a la definición de la CV. Por ejemplo, algunos autores la definen bajo un constructo de valoraciones objetivas y, otros, bajo un enfoque subjetivo. Al respecto, Cummins (2000), después de haber realizado un análisis entre ambos planteamientos, concluyó que tanto los factores subjetivos y objetivos resultan ser indicadores útiles para definir y determinar la CV de una persona. Bajo esta perspectiva, cualquier cambio en las condiciones de vida, percepción o satisfacción podría provocar una alteración en otro factor, lo que representa un proceso dinámico <sup>(21)</sup>.

Schalock y cols. (2002) señalan que la CV se puede definir en base a cuatro principios: el primero es multidimensional y comprende la interacción de factores personales y ambientales; el segundo abarca los mismos componentes para todos los individuos, a pesar de que estos presenten características culturales o sociales

diferentes, o que existan componentes básicos de calidad de vida comunes para ellos; el tercero incluye aspectos objetivos, cuyas propiedades físicas pueden observarse y medirse; y el cuarto considera los aspectos subjetivos, que forman parte del juicio de la persona, además de estar mediados por la autodeterminación, proyectos de vida y recursos <sup>(20)</sup>.

Gómez y cols. (2010) sostienen que la CV presenta ocho dimensiones principales: desarrollo personal, relaciones interpersonales, autodeterminación, participación e inclusión social, derechos, bienestar físico, emocional y material <sup>(23)</sup>

Por su parte, investigadores como Kielhofner y Law, refieren que las personas con discapacidad, que presenten una participación restringida en su entorno, o tengan un estilo de vida no saludable podrían presentar sentimientos de baja autoeficacia e impotencia. Esta condición podría conducirlos al aislamiento social, debido a que consideran que la participación representa una ocupación significativa que puede influir de forma positiva en la salud y en la calidad de vida de las personas <sup>(24)</sup>.

Durante los últimos 20 años, la necesidad de evaluar la calidad de vida ha aumentado considerablemente, debido a que a través de ella se puede conocer la percepción de la persona respecto al impacto de la enfermedad y del tratamiento en su vida. Estudios, como los realizados por Jiang y cols., y Zwisler y cols. (2008), han incluido a la calidad de vida como indicador para la evaluación de fármacos y programas de rehabilitación en personas con enfermedades cardiovasculares <sup>(25)</sup>.

La importancia de determinar la calidad de vida en el área de la salud radica en que a través de ella se pueden identificar fallas en el proceso asistencial, lo que ayudaría a rediseñar y formular mejores acciones en esta etapa. Sin la determinación de la calidad de vida, resultaría complicado conocer si los procedimientos, acciones o intervenciones se desarrollan de la misma forma en la que estos fueron previstos o si estos están generando cambios favorables en las dimensiones de la calidad de vida de las personas, lo cual representa el principal objetivo de cualquier proyecto o programa de salud <sup>(11)</sup>.

## 1.4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Infarto Agudo de Miocardio:** Necrosis del músculo cardiaco a raíz de un proceso isquémico prolongado en una arteria coronaria, originado por la rotura o erosión de una placa de ateroma <sup>(15)</sup>.

**Calidad de vida:** La CV, como el conjunto de condiciones de vida, en otras palabras, considerada como la suma de aquellas condiciones que pueden ser medibles objetivamente, por ejemplo, el estado de salud, actividades funcionales, relaciones sociales y ocupación <sup>(21)</sup>.

**Dimensión física:** Aspectos relacionados al bienestar físico, que permiten el desempeño del usuario en sus actividades básicas e instrumentales de vida diaria, movilidad y capacidad funcional <sup>(11)</sup>.

**Dimensión social:** Aspectos que influyen en la relación del usuario con su entorno y con el desarrollo de sus actividades sociales cotidianas <sup>(11)</sup>.

**Dimensión emocional:** Conjunto de emociones y sentimientos surgidos a través de la experiencia vivida, relacionados con la motivación del usuario para la toma de decisiones <sup>(11)</sup>.

**Actividades de vida diaria:** Actividades fundamentales para el desarrollo de la persona en un contexto de independencia y autonomía <sup>(26)</sup>.

**Actividades instrumentales de vida diaria:** Actividades que demandan un mayor nivel de destreza, orientadas a la inclusión de la persona en un rol más participativo en su entorno <sup>(26)</sup>.

**Rehabilitación cardiaca:** Conjunto de actividades orientadas a lograr el mayor grado de capacidad funcional cardíaca, con el objetivo de mejorar el desempeño de los usuarios en sus actividades de vida diaria, y fomentar el retorno a una vida productiva, significativa y saludable <sup>(27)</sup>.

**Enfermedades cardiovasculares:** Conjunto de afecciones al corazón y los vasos sanguíneos <sup>(28)</sup>.

### **1.4.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

La calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio, mejoró al término del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019.





## **CAPÍTULO II: MÉTODOS**

## **2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **2.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

El presente estudio fue desarrollado bajo un enfoque cuantitativo no experimental.

### **2.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

El diseño de la investigación es descriptivo, longitudinal y prospectivo.

### **2.1.3. POBLACIÓN**

La población estuvo conformada por usuarios post infarto agudo de miocardio, de edades entre 35 a mayores de 70 años, del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante los meses de agosto – octubre 2019.

### **2.1.4. MUESTRA y MUESTREO**

Para establecer el tamaño de la muestra, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Dado que el programa establece como máximo 46 usuarios al inicio de sus actividades, se procedió a incluir a todos aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado, de los cuales 15 no cumplieron con estos requisitos; por ello, solo se logró incluir a un total de 31 participantes para este estudio.

#### **2.1.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluyó a usuarios post infarto agudo de miocardio que acuden al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, cuyas edades fluctúan entre 35 y mayores de 70 años, que firmaron el consentimiento informado.

#### **2.1.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Se excluyó a usuarios que no asistieron de forma continua a las tres sesiones por semana durante los tres meses de duración del programa de rehabilitación cardiaca.
- Usuarios con trastornos mentales.
- Usuarios con compromiso cardiovascular reservado.
- Usuarios que presenten dificultad para leer y escribir.

#### **2.1.5. VARIABLES**

Calidad de vida: Grado de satisfacción de la persona entorno a las condiciones objetivas y subjetivas de su vida.

#### **2.1.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En este estudio, se utilizó el Cuestionario Mac New (QLMI-2) versión española para la recolección de datos correspondientes.

##### **2.1.6.1. CUESTIONARIO MAC NEW (QLMI-2)**

El Cuestionario Mac New (QLMI-2) es un instrumento específico que se utiliza para determinar la calidad de los usuarios post infarto agudo de miocardio (29). Este cuestionario es una versión mejorada del instrumento Quality of Life After Myocardial Infarction (QLMI), que fue desarrollado en la Universidad de MacMaster en Canadá, con el objetivo de registrar las complicaciones que surgen luego de un infarto (30).

El QLMI-2 consta de 27 ítems, de los cuales 10 corresponden a la dimensión física, 7 a la social y 10 a la emocional. Esta adaptación, efectuada por el investigador Flores (2019), para su aplicación en el Perú, nos permitió emplearla en nuestro estudio. El cuestionario permite conocer el impacto que ha generado el infarto en el desempeño de las actividades de vida diaria, y las

funciones: física, social y emocional de la persona. Por otro lado, este instrumento posee una validez y confiabilidad del 0.7<sup>(11)</sup>.

Las preguntas del cuestionario se responden mediante una escala de Likert que contiene 7 opciones de respuesta, calificándolas como mínimo 1 punto si la respuesta corresponde a la peor situación, y como máximo 7 si pertenece a la mejor situación<sup>(11)</sup>.

Para obtener el puntaje total de cada dimensión, se procede a sumar los puntajes obtenidos en los ítems correspondientes a su dimensión. Para determinar la calidad de vida en relación a las dimensiones, se considera las siguientes puntuaciones:

- Dimensión física  
Mala: 10 - 23  
Regular: 24 - 46  
Buena: 47 - 70
  
- Dimensión social:  
Mala: 7 - 17  
Regular: 18 - 32  
Buena: 33 - 49
  
- Dimensión emocional  
Mala: 10 - 23  
Regular: 24 - 46  
Buena: 47 - 70

Para obtener el puntaje total, se obtiene de la suma de los puntajes obtenidos en las tres dimensiones. Para calificar la calidad de vida global, se considera las siguientes puntuaciones.

- Calidad de vida global:  
Mala: 27 - 63  
Regular: 64 - 127  
Buena: 128 – 189

### **2.1.7. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS:**

Obtenida la aprobación del proyecto de investigación con la emisión correspondiente de la resolución de decanato (**ANEXO 6**), se procedió a solicitar el permiso a la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, para poder llevar a cabo este estudio.

Conseguida la autorización, se procedió a la presentación del investigador ante el jefe del Programa de Rehabilitación Cardíaca y los profesionales que ahí laboran, a la vez que se presentó el oficio de aceptación, emitido por la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación del hospital, en el que se expuso los objetivos y beneficios de la investigación.

Después de las coordinaciones y la anuencia del jefe encargado, se solicitó el registro de los usuarios del Programa de Rehabilitación Cardíaca, con el objetivo de recabar información en relación a sus datos generales y diagnóstico.

Se procedió a presentar a los usuarios que iniciarían su tratamiento en el PRC y que cumplieran con los criterios de inclusión al investigador. Luego, se les explicó el objetivo del estudio y los beneficios de su ejecución. Aceptada la participación de los usuarios, se les entregó el consentimiento informado para su lectura y firma correspondiente.

En el gimnasio del PRC, se reunió en grupos de tres, a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, donde se les informó sobre los objetivos y beneficios de la investigación; así mismo, se les comunicó que no habría represalia alguna si desistían de participar. Se les invitó a firmar el consentimiento informado, para, luego de ello, administrarles el Cuestionario

Mac New (QLMI-2), cuyo tiempo para ser completado fue de 15 a 20 minutos. Se realizaron dos evaluaciones: al inicio y al término de dicho programa. Esta acción se efectuó los días martes, jueves y viernes de 10:00 am. a 12:30 pm., durante los meses de agosto, setiembre y octubre del 2019.

Recibidas las encuestas, todos los datos se ingresaron al programa Excel, para luego ser trasladados al programa SPSS v.26. Dicha información fue analizada mediante estadística descriptiva, tomando en cuenta el tipo de variable: las variables numéricas fueron estimadas por medidas de tendencia central (valor promedio), mientras que las variables categóricas fueron analizadas por frecuencias absolutas (valores numéricos) y relativas (porcentajes). Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba de Wilcoxon, una prueba no paramétrica que se utiliza en estudios longitudinales cuyas variables son de tipo ordinal.

Los resultados del análisis fueron presentados en tablas simples y de doble entrada, así como mediante el uso de gráficos.

### **2.1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En el desarrollo de la investigación, se ha considerado los siguientes valores éticos.

- El principio de beneficencia, el cual consiste en lograr el bienestar máximo en el usuario; para ello, durante todo el proceso de la investigación, se priorizó el bienestar de los mismos.
- El principio de justicia, cuyo objetivo fue lograr que todos los usuarios tuviesen acceso a las mismas condiciones de trato y oportunidad, dejando de lado cualquier acto de exclusión o discriminación.
- El principio de no maleficencia, que nos permitió no comprometer en ningún momento la integridad de los participantes.

- El principio de autonomía, que se manifestó al respetar la decisión de los usuarios para participar voluntariamente en el desarrollo de este estudio y que decidieron firmar el consentimiento informado (**ANEXO 1**).
- Por último, se respetaron los derechos de autor, consignando en las referencias bibliográficas las fuentes de información que se utilizaron en esta investigación.





## **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

### 3.1. RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en este estudio mediante tablas y gráficos para facilitar su comprensión y análisis.

**Tabla 1.**

*Datos sociodemográficos de los usuarios post infarto agudo de miocardio*

		N	Porcentaje (%)
Género	Masculino	24	77.4
	Femenino	7	22.5
Edad	35 a 49 años	6	19.3
	50 a 69 años	14	45.1
	Mayores de 70 años	11	35.4
Estado civil	Soltero	1	3.2
	Casado	23	74.1
	Viudo	4	12.9
	Divorciado	2	6.4
	Conviviente	1	3.2
Ocupación	Ama de casa	4	12.9
	Empleado	12	38.7
	Jubilado	4	12.9
	Desempleado	0	0
	Independiente	11	35.4
Total		31	100

*Fuente: Elaboración propia*

En la tabla 1, sobre los datos sociodemográficos de los participantes post infarto agudo de miocardio, se halló que el 77.4% de la población pertenece al género masculino y el grupo etario predominante fue el comprendido entre 50 a 69 años de edad. Asimismo, el 74.1% se encontraba en condición de casado en ese momento; mientras que, con respecto a su ocupación, prevalecieron los que se desempeñaron como empleados y trabajadores independientes con un 38.7% y 35.4% respectivamente.

**Tabla 2.**

*Calidad de vida global antes del inicio y al término del PRC*

	Antes del inicio del PRC		Término del PRC	
	N	%	N	%
Mala	8	29.0	0	0.0
Regular	20	61.2	19	61.3
Buena	3	9.6	12	38.7
Total	31	100	31	100

\*Wilcoxon,  $Z=-4,123$  ( $p 0,000037$ )

Fuente: *Elaboración propia*

En la tabla 2, donde se detallan los datos obtenidos sobre la calidad de vida global de los usuarios, antes del inicio y al término del PRC, se observa que, antes de comenzar su tratamiento en el PRC, el 61.2% indicó tener una “regular” calidad de vida; el 29%, una “mala” calidad de vida; y el 9.6% la percibió como “buena”. Al término de su tratamiento en el PRC, el 61.3% indicó que su calidad de vida fue “regular” y el 38.7% la calificó como “buena”. No se registró ningún calificado como “mala”.

Se obtuvo un p-valor significativo con un porcentaje de error de 0,0037% al comparar la calidad de vida global al inicio y al término del PCR, por lo cual se determinó que sí existen diferencias entre las dos medidas realizadas.

Al utilizar la prueba de Wilcoxon se obtuvo un p – valor < 0.05, representando una diferencia estadísticamente significativa entre ambas medidas, observándose una mejoría de la CV en los usuarios al término del programa de rehabilitación cardiaca, concluyendo que la hipótesis planteada es aceptada.

**Tabla 3.**

*Calidad de vida respecto a la dimensión física antes del inicio y al término del PRC*

	Antes del inicio del PRC		Término del PRC	
	N	%	N	%
Mala	8	25.8	2	6.5
Regular	21	67.7	15	48.4
Buena	2	6.4	14	45.7
Total	31	100	31	100

*\*Wilcoxon, Z=-4,243 (p 0,000022)*

*Fuente: Elaboración propia*

En la tabla 3, referida a la dimensión física de la calidad de vida. Se encontró que antes de iniciar su tratamiento en el PRC, el 67.7% de los usuarios indicó que su calidad de vida fue “regular”; el 25.8%, como “mala”, y el 6.4% la percibió como “buena”. Al término del PRC, el 48.4% manifestó que su calidad de vida en ese momento era “buena”; el 45.7%, como “regular”, y solo el 6.5% indicó que su calidad de vida era “mala”.

Se obtuvo un p-valor significativo con un porcentaje de error de 0,0022% al comparar la calidad de vida en la dimensión física al inicio y al término del PCR, por lo cual se determinó que sí existen diferencias entre las dos medidas realizadas. Al término del tratamiento en el PRC, solo 2 usuarios indicaron que su calidad de vida era “mala” en ese momento respecto a la dimensión física.

**Tabla 4.**

*Calidad de vida respecto a la dimensión social antes del inicio y al término del PRC.*

	Antes del inicio del PRC		Término del PRC	
	N	%	N	%
Mala	6	19.3	0	0
Regular	18	58.0	12	38.7
Buena	7	22.5	19	61.3
Total	31	100	31	100

*\*Wilcoxon, Z=-4,243 (p 0,000022)*

*Fuente: Elaboración propia*

En la tabla 4, respecto a la dimensión social de la calidad de vida, antes de iniciar su tratamiento en el PRC, el 58% de los usuarios percibió su calidad de vida como “regular”, mientras que el 22.5% y el 19.3% la concibió como “buena” y “mala” respectivamente. Al término del PRC, el 61.3% de los usuarios consideró su calidad de vida como “buena”; el 38.7%, como “regular”, y no se registró ningún usuario que haya calificado su calidad de vida como “mala”.

Se obtuvo un p-valor significativo con un porcentaje de error de 0,0022% al comparar la calidad de vida en la dimensión social al inicio y al término del PCR, por lo cual se determinó que sí existen diferencias entre las dos medidas realizadas. Al término del tratamiento en el PRC, ningún usuario calificó como “mala” su calidad de vida en la dimensión social.

**Tabla 5.**

*Calidad de vida respecto a la dimensión emocional antes del inicio y al término del PRC.*

	Antes del inicio del PRC		Término del PRC	
	N	%	N	%
Mala	4	12.9	0	0.0
Regular	17	54.8	13	41.9
Buena	10	32.2	18	58.1
Total	31	100	31	100

*\*Wilcoxon, Z=-3,464 (p 0,00053)*

*Fuente: Elaboración propia*

En la tabla 5, respecto a la dimensión emocional de la calidad de vida, se halló que, antes de iniciar su tratamiento en el PRC, el 54.8% de los usuarios la calificó como “regular”; el 32.2%, como “buena”, y el 12.9% indicó que fue “mala”. Al término del PRC, el 58.1% indicó que su calidad de vida era “buena”, el 41.9% la calificó como “regular” y no se registró ningún usuario que la haya percibido como “mala”.

Se obtuvo un p-valor significativo con un porcentaje de error de 0,053% al comparar la calidad de vida en la dimensión emocional al inicio y al término del PCR, por lo cual se determinó que sí existen diferencias entre las dos medidas realizadas. Al término del tratamiento en el PRC, ningún usuario indicó tener una “mala” calidad de vida en la dimensión emocional.





## **CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN**

## 4.1. DISCUSIÓN

Según la población estudiada, hubo una mayor participación de usuarios del género masculino (77.4%), Estos hallazgos son bastantes similares a los obtenidos en los trabajos de Vargas T. y cols. (2006), Hoyos S. (2009), Pacci S. y cols. (2011), Rojas y Flórez (2016), Kim y cols. (2018), Flores M. (2019), y Forte E. y cols (2019) <sup>(4,7-9,11-13)</sup>.

Respecto a la edad, hubo una prevalencia de usuarios cuyas edades estaban en el grupo de 50 a 69 años (45.1%). Ello guarda relación con lo encontrado en el Registro Nacional de Infarto de Miocardio Agudo II (2013), en el que se señala que alrededor del 70% de casos registrados por infarto en nuestro país corresponde a personas mayores de 60 años <sup>(1)</sup>.

Al determinar la calidad de vida global en los usuarios antes del inicio del tratamiento en el PRC, el 61.2% indicó que su calidad de vida fue “regular”; el 29%, que fue “mala”; y solo el 9.6% la percibió como “buena”. Al término del tratamiento, el 61.3% indicó que su calidad de vida en ese momento era “regular”, el 38.7% la percibió como “buena” y no se encontró ningún usuario que la haya calificado como “mala”. Estos resultados guardan relación con lo obtenido por Flores M. (2019) <sup>(8)</sup>, quien señaló que hubo un mayor número de usuarios que calificaron como “regular” su calidad de vida al finalizar su intervención. Sin embargo, ambos estudios difieren con lo hallado por Hoyos S. (2009) <sup>(11)</sup>, quien sostuvo que hubo un mayor número de usuarios que calificaron como “buena” su calidad de vida al término del PRC. Sin embargo, ambos autores coinciden en que los usuarios que finalizan su ciclo de tratamiento en el PRC logran mejorar su calidad de vida. Asimismo, según Vargas T. (2006), el IAM compromete significativamente la calidad de vida de estas personas, dado que esta enfermedad interfiere en el desempeño de actividades de vida diaria que demandan de algún esfuerzo para su ejecución <sup>(4)</sup>. Por otro lado, Kim y cols. (2018) sostienen que los programas de rehabilitación cardíaca mejoran de forma eficaz la calidad de vida de estas personas <sup>(7)</sup>, mientras que Munyombwe y cols. (2020) señalan que la mayoría de sobrevivientes de IAM logran mejorar su calidad de vida <sup>(6)</sup>.

Al identificar la calidad de vida respecto a la dimensión física, se halló que, antes del inicio del tratamiento en el PRC, el 67.7% de los usuarios la calificó como “regular”, el 25.8% la consideró como “mala” y solo el 6.4% indicó que fue “buena”. Al término

del PRC, el 48.4% la percibió como “regular”; el 45.7%, como “buena”; y el 6.5%, como una “mala” calidad de vida. Esto coincide con lo encontrado por Flores M. (2019), quien halló un mayor número de usuarios que calificaron como “regular” su calidad de vida al finalizar su intervención. Por el contrario, discrepamos con Hoyos S. (2009), quien sostuvo que, al término del PRC, se registraron más usuarios que percibieron una “buena” calidad de vida <sup>(8,11)</sup>. Por otro lado, Pacci S. y cols. (2011), y Kim (2018), quienes aplicaron el instrumento SF-36, concluyeron que hubo una mejoría significativa en la capacidad física de los usuarios después de recibir tratamiento de rehabilitación cardíaca <sup>(7,12)</sup>, algo similar a lo encontrado en el presente estudio.

Respecto a la dimensión social, antes de iniciar el tratamiento en el PRC, el 58% de usuarios calificó su calidad de vida como “regular”; el 22.5%, como “buena”; y el 19.3%, como “mala”. Al término del tratamiento en el PCR, no hubo registro de usuarios con una “mala” calidad de vida; al contrario, se incrementó significativamente el porcentaje de usuarios que la percibieron como “buena” y “regular”, con un 61.3% y 38.7% respectivamente. Estos resultados difieren con los obtenidos por Flores M. (2019), quien sostuvo que hubo un mayor número de pacientes que calificó su calidad de vida como “regular” al término de su tratamiento. Sin embargo, coincidimos con Hoyos S. (2009), quien sostuvo que hubo un mayor número de usuarios que manifestó una calidad de vida “buena” al término del PRC <sup>(8,11)</sup>.

Sobre la dimensión emocional de la calidad de vida, se halló que, antes del inicio del tratamiento en el PRC, el 54.8% de usuarios indicó que su calidad de vida fue “regular”; el 32.2%, que fue “buena”; y solo el 12.9%, como “mala”. Al término del PRC, el 58.1% de usuarios la calificó como “buena”, y el 41.9%, como “regular”. Cabe mencionar que no se encontró ningún usuario que la haya calificado como “mala”. Esto coincide con lo obtenido por Hoyos S. (2009), quien sostiene que la mayoría de usuarios logró alcanzar una calidad de vida “buena” al concluir su ciclo de tratamiento en el PRC. Así mismo, afirma que la mejoría en la capacidad física de los usuarios se manifiesta también en la disminución de sentimientos como ira y depresión <sup>(11)</sup>. Sin embargo, nuestros resultados no coinciden con Flores M. (2019), quien sostuvo que, al término de dicho programa, hubo un predominio de usuarios que presentaron una calidad de vida “regular” <sup>(8)</sup>. Por otro lado, Pacci y cols. (2011) afirman que, al término

del PRC, se registraron mejoras significativas en el componente mental <sup>(12)</sup>, mientras que Forte E. y cols. (2019) sostuvieron que la ansiedad y la depresión se presentaron como los principales factores que influyeron en la percepción de una peor calidad de vida en aquellos usuarios que han sufrido de un IAM <sup>(13)</sup>.



**CAPÍTULO V:**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **5.1. CONCLUSIONES.**

- Se determinó que la calidad de vida global en los usuarios mejoró al término del tratamiento en el PRC. Lo cual demuestra la hipótesis planteada.
- Hubo un predominio de participantes del género masculino con un 77.4%; según la edad, el 45.1% se encontraba en el grupo de 50 a 69 años de edad; respecto al estado civil, el 74.1% estaba casado en ese momento; y, de acuerdo a su ocupación, el 38.7% y el 35.4% se desempeñaban como empleados y trabajadores independientes respectivamente.
- Antes de iniciar el tratamiento en el PRC, la dimensión más comprometida fue la física, y al término del PRC se registró una mejoría estadísticamente significativa en las tres dimensiones evaluadas.

## **5.2. RECOMENDACIONES.**

- Se sugiere que las personas inscritas en el Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Guillermo Almenara, sean evaluadas antes de iniciar su tratamiento, y al término del mismo. Así mismo, se debe proporcionar la información recabada al usuario y a sus familiares.
- Recomendamos el uso del cuestionario Mac New (QLM-2) versión española, por ser un instrumento de fácil aplicación que no demanda de un tiempo considerable para su administración. Las preguntas que contiene son de redacción sencilla y de fácil comprensión para quien lo lee. Además, brinda un amplio panorama respecto a la calidad de vida.
- Se recomienda realizar estudios en poblaciones más numerosas, ya que no se puede extrapolar los resultados obtenidos en este estudio.
- Se recomienda a los profesionales en Terapia Ocupacional considerar la evaluación de la calidad de vida al inicio y al término de su intervención.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes R. et al. Registro Nacional de Infarto Miocárdico Agudo (RENIMA). Revista Peruana de Cardiología. 2008;34(2):12.
2. Segura V. et al. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. Estudio TORNASOL II. Revista Peruana de Cardiología [Internet]. 2013;39(1). Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v39n1/a1.pdf>
3. Turner A., Foster M., Johnson S. Terapia Ocupacional y Disfunción Física: Principios, Técnicas y Práctica. 5ta. Elsevier Science; 2003. 588-589 p.
4. Vargas R. et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. Cienc Cuid. 2008; 5(1):40-50.
5. García García Á, Ramos Ramos C, Toledo Hervás B, Inchausti Sánchez V, González Ramirez C, Fernández Bardisa H, et al. Evolución del impacto de la cardiopatía isquémica en la reincorporación laboral de trabajadores españoles. Med Segur Trab. septiembre de 2015;61(240):325-41.
6. Munyombwe T, Hall M, Dondo TB, Alabas OA, Gerard O, West RM, et al. Quality of life trajectories in survivors of acute myocardial infarction: a national longitudinal study. Heart. enero de 2020;106(1):33-9.
7. Kim AR, Nam TW, Min Oh H, Park E, Won Huh J, Yang WJ, et al. Effect of Hospital-based Cardiac Rehabilitation on Quality of Life and Physical Capacity in Acute Myocardial Infarction Patients: 2 Years Follow Up. J Clin Exp Cardiol [Internet]. 2018 [citado 17 de marzo de 2020];09(02). Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/effect-of-hospitalbased-cardiac-rehabilitation-on-quality-of-life-and-physical-capacity-in-acute-myocardial-infarction-patients-2-2155-9880-1000573-99285.html>
8. Flores M. Práctica de autocuidado en la calidad de vida en pacientes con infarto agudo de miocardio. Servicio de cardiología. HNCASE - Arequipa. 2017; Disponible en:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9405/UPfldem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

9. Rojas-Reyes J, Flórez-Flórez ML. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*. 1 de septiembre de 2016;16(3):328-39.
10. Feroni C., Thielke A. Effective interventions used by occupational therapists in cardiac rehabilitation: A systematic literature review. *Ann Arbor: The College of St. Scholastica*. 2010;
11. Hoyos S. Determinación de la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca en una institución de IV nivel en la ciudad de Bogotá. 2009; Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9770/tesis10-4.pdf?sequence=1>
12. Pacci S. et al. Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. *Rev peru epidemiol* [Internet]. abril de 2011;15(1). Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v15\\_n2/pdf/a10.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v15_n2/pdf/a10.pdf)
13. Forte E. et al. Calidad de vida de los pacientes con infarto de miocardio. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2018;47(4):196-200.
14. PERÚ EP de SESAE. Minsa: 28% de peruanos sufre alguna enfermedad cardíaca [Internet]. [citado 31 de julio de 2019]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-28-peruanos-sufre-alguna-enfermedad-cardiaca-525208.aspx>
15. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J*. 14 de enero de 2019;40(3):237-69.

16. Bonow R, Braunwald E, Libby P, Mann D, Zipes D. Braunwald. Enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas. Tratado de cardiología. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 1070 p.
17. Mayorga IN, de Castro AMG, Rubio TC, Padial LR. Infarto agudo de miocardio. SCACEST. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de junio de 2017;12(37):2217-23.
18. Borrayo-Sánchez G, Rosas-Peralta M, Pérez G, Ramírez-Árias E, Almeida-Gutiérrez E, de Jesús J. Infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: Código I. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :12.
19. Wang Y, Li J, Zheng X, Jiang Z, Hu S, Wadhwa RK, et al. Risk Factors Associated With Major Cardiovascular Events 1 Year After Acute Myocardial Infarction. JAMA Netw Open. 3 de agosto de 2018;1(4):e181079-e181079.
20. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. J Intellect Disabil Res. octubre de 2005;49(10):699-706.
21. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicológica. abril de 2012;30(1):61-71.
22. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. noviembre de 1995;41(10):1403-9.
23. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. J Adv Nurs. septiembre de 1995;22(3):502-8.
24. Chen Y-L, Pan A-W, Hsiung P-C, Chung L. Quality of Life Enhancement Programme for Individuals with Mood Disorder: A Randomized Controlled Pilot Study. Hong Kong J Occup Ther. 1 de junio de 2015;25(1):23-31.
25. Cruz LN, Camey SA, Fleck MP, Polanczyk CA. World Health Organization quality of life instrument-brief and Short Form-36 in patients with coronary artery disease: Do they measure similar quality of life concepts? Psychol Health Med. octubre de 2009;14(5):619-28.

26. Padin RM. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 2da Edición. :92.
27. Paz, A. V.; Celeiro, I. R. Contribución de la terapia ocupacional en la rehabilitación cardíaca: Intervención, desafíos y reflexiones. UFSCar. 2016;24(4):791-800.
28. Suárez PA, Barragán EF, Álvarez ÓM. Impacto de los programas de rehabilitación cardíaca sobre los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria. Rev Med. 30 de noviembre de 2015;23(2):41.
29. Marín Santos M, Urbez Mir MR. Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes cardiopatas: ¿qué test y qué cuestionarios debemos utilizar? Rehabilitación. enero de 2006;40(6):309-17.
30. Brotons Cuixart C, Ribera Solé A, Permanyer Miralda G, Cascant Castelló P, Moral Peláez I, Pinar Sopena J, et al. Adaptación del cuestionario de calidad de vida postinfarto MacNew OLMÍ para su uso en la población española. Med Clínica. enero de 2000;115(20):768-71.



## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - LIMA 2019

**Investigador:** Santivañez Ramos Ronald Enrique

#### **Propósito**

El propósito del estudio es determinar la calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

#### **Participación**

Si usted acepta participar en el estudio, se le va a administrar un cuestionario respecto a su calidad de vida.

#### **Riesgos del Estudio**

Este estudio no representa ningún riesgo para usted. Para su participación, solo es necesaria su autorización.

#### **Beneficios del Estudio**

Con su participación usted contribuirá a mejorar la atención a futuros usuarios del programa.

Al concluir el estudio, se publicarán los resultados y se presentará la importancia que tiene el servicio de terapia ocupacional para el usuario dentro de la institución.

### **Costo de la Participación**

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. La investigación cuenta con la autorización de los directivos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, y no interfiere las actividades que se llevan a cabo, como las sesiones terapéuticas del Programa de Rehabilitación Cardíaca.

### **Confidencialidad**

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial. Se le asignará un número (código) a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones etc.; de manera que su nombre permanecerá en total confidencialidad. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer los nombres de los participantes.

### **Requisitos de Participación**

Los participantes deberán ser usuarios con diagnóstico de Infarto agudo de miocardio del programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante los meses de agosto – octubre en el año 2019.

Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado, con lo cual autoriza y acepta la participación voluntaria en el estudio. Sin embargo, si usted no desea participar el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con:

- Ronald Enrique Santivañez Ramos, investigador principal del estudio, al teléfono 997901246

Comunicarse en horario de oficina, que con mucho gusto serán atendidos.



## ANEXO 2

### Declaración voluntaria

#### Declaración Voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio. Estoy enterado(a) también que puedo continuar o no en el estudio, en el momento que considere necesario, sin que esto represente alguna represalia de parte del equipo de Rehabilitación del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen o de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO  
DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN EL HOSPITAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - LIMA 2019

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

## ANEXO 3

### Cuestionario Mac New (QLMI-2)

CUESTIONARIO MAC NEW (QLMI-2) Versión española								
<b>1. Datos generales:</b> - <b>Nombres y apellidos:</b> - <b>Edad:</b> - <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino - <b>Ocupación:</b> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Independiente - <b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo								
Con el objetivo de que esta información nos ayude a mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido una enfermedad cardiovascular, a continuación, encontrará una serie de preguntas sobre cómo se ha encontrado en las últimas 4 semanas, que recomendamos conteste de la forma más sincera posible. Los datos son confidenciales y no serán divulgados. Por favor, no deje ninguna pregunta en blanco y responda con sinceridad.								
N°	PREGUNTA	Siempre	Muchas veces	A menudo	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
1	¿En general, cuanto tiempo durante las últimas 4 semanas, se ha sentido frustrado/a, impaciente o enojado/a?							
2	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inútil, que era un estorbo o incompetente?							
3	En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces se ha sentido muy confiado/a y seguro/a de lo que podría hacer frente a su problema de corazón?							

4	¿En general, cuantas veces se ha sentido desanimado/a o deprimido/a durante las últimas 4 semanas?							
5	¿Durante las últimas 4 semanas, cuánto tiempo se ha sentido relajado/a y libre de tensiones?							
6	¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agotado/a o bajo de energía?							
7	¿En general, cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agitado/a o como si hubiera tenido dificultad para intentar tranquilizarse?							
8	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas se ha sentido con ganas de llorar?							
9	¿Cuántas veces durante las 4 últimas semanas, se ha sentido más dependiente de otras personas que antes de tener su problema de corazón?							
10	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de realizar sus actividades sociales habituales o sus actividades sociales con su familia?							
11	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha pensado que otras personas no tienen la misma confianza en usted que antes de tener su problema de corazón?							
12	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha tenido dolor en el pecho mientras hacía sus actividades cotidianas?							

13	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inseguro/a o falto/a de confianza en sí mismo?							
14	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido molesto/a por tener las piernas doloridas o cansadas?							
15	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido aprensivo/a o asustado/a?							
16	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido mareado o con sensación de flotar en el aire?							
17	¿En general, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido impedido o limitado por su problema de corazón?							
18	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, no se ha sentido seguro/a de cuánto ejercicio o actividad física debería hacer?							
19	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha sentido como si su familia le protegiera demasiado?							
20	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido como si fuera una carga para los demás?							
21	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido excluido/a de hacer cosas con otras personas a causa de su problema de corazón?							

22	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de relacionarse con la gente a causa de su problema de corazón?							
23	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha sentido que su problema de corazón limitaba o dificultaba sus relaciones sexuales?							
		Muy insatisfecho o infeliz la mayor parte del tiempo	Generalmente muy insatisfecho o infeliz	Algo insatisfecho o infeliz	Generalmente satisfecho o feliz	Feliz la mayor parte del tiempo	Muy feliz la mayor parte del tiempo	Extremadamente feliz
24	¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido feliz, satisfecho/a o contento en su vida personal?							
		Extremadamente falto de aire	Muy falto de aire	Bastante falto de aire	Moderadamente falto de aire	Algo falto de aire	Un poco falto de aire	Nada falto de aire
25	¿En qué medida se ha sentido falto de aire durante las últimas 4 semanas, mientras hacía sus actividades físicas cotidianas?							
		Extremadamente limitado/a	Muy limitado/a	Bastante limitado/a	Moderadamente limitado/a	Algo limitado/a	Un poco limitado/a	Nada limitado/a
26	¿Durante las últimas 4 semanas, se ha sentido limitado para hacer deporte o ejercicio por culpa de su problema de corazón?							
27	26) ¿En general, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido muy restringido o limitado por su problema de corazón?							

## ANEXO 4

Rangos establecidos para determinar los niveles de calidad vida global y por dimensiones.

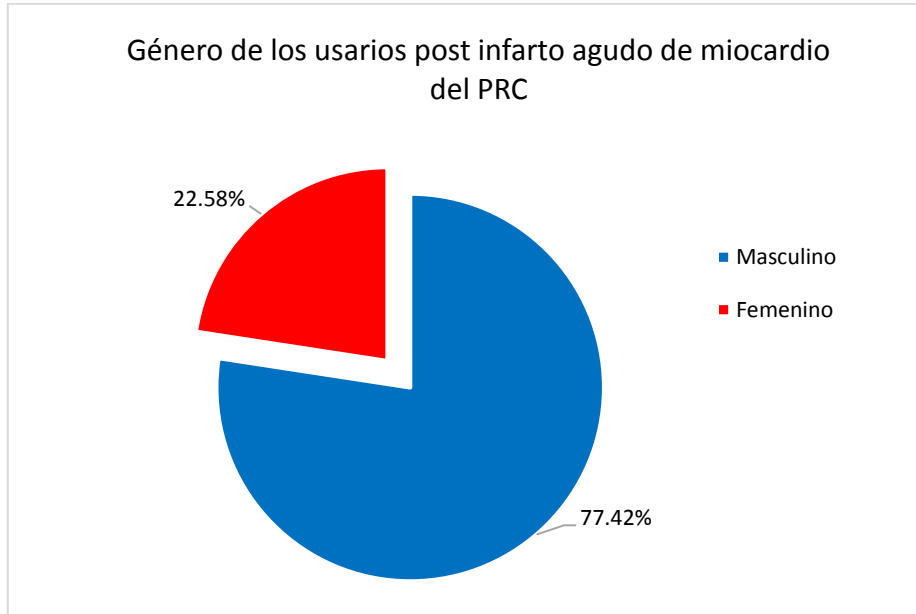
VARIABLE	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA
Calidad de vida global	Mala: 27-63
	Regular: 64-127
	Buena:128-189
Dimensión física	Mala:10-23
	Regular:24-46
	Buena: 47-70
Dimensión social	Mala: 7-17
	Regular:18-32
	Buena:33-49
Dimensión emocional	Mala:10-23
	Regular: 24-46
	Buena: 47-70

Fuente: Hoyos Segura J. Determinación de la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca en una institución de nivel IV en la ciudad de Bogotá. 2009

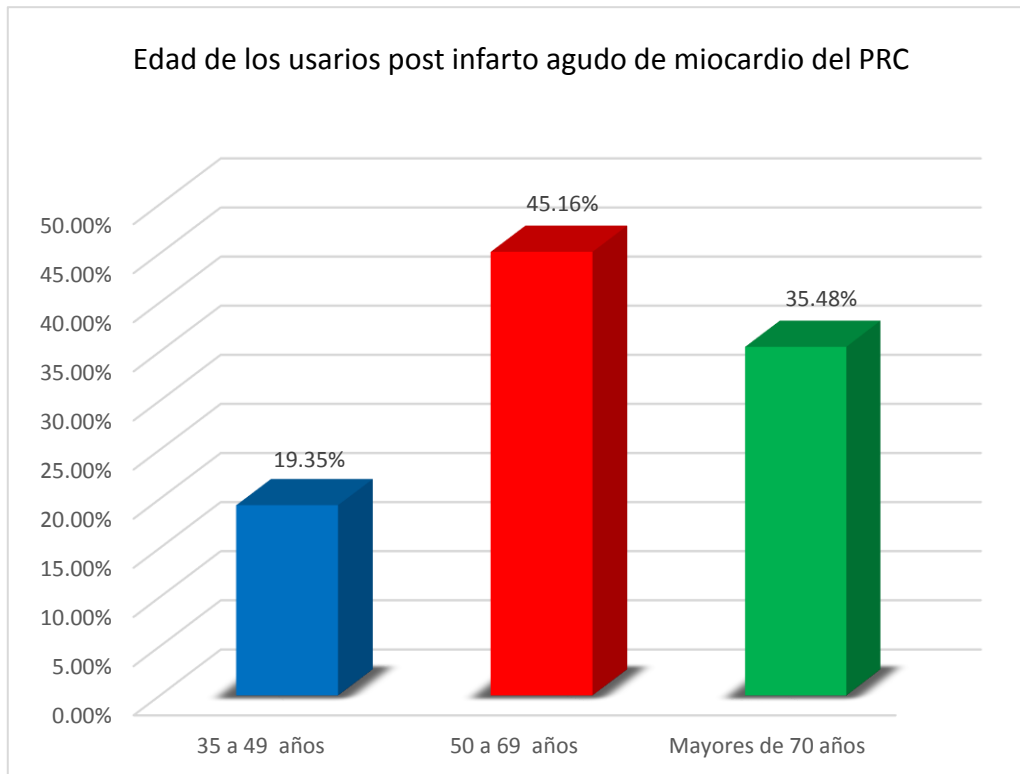
## ANEXO 5

### Gráficos y tablas

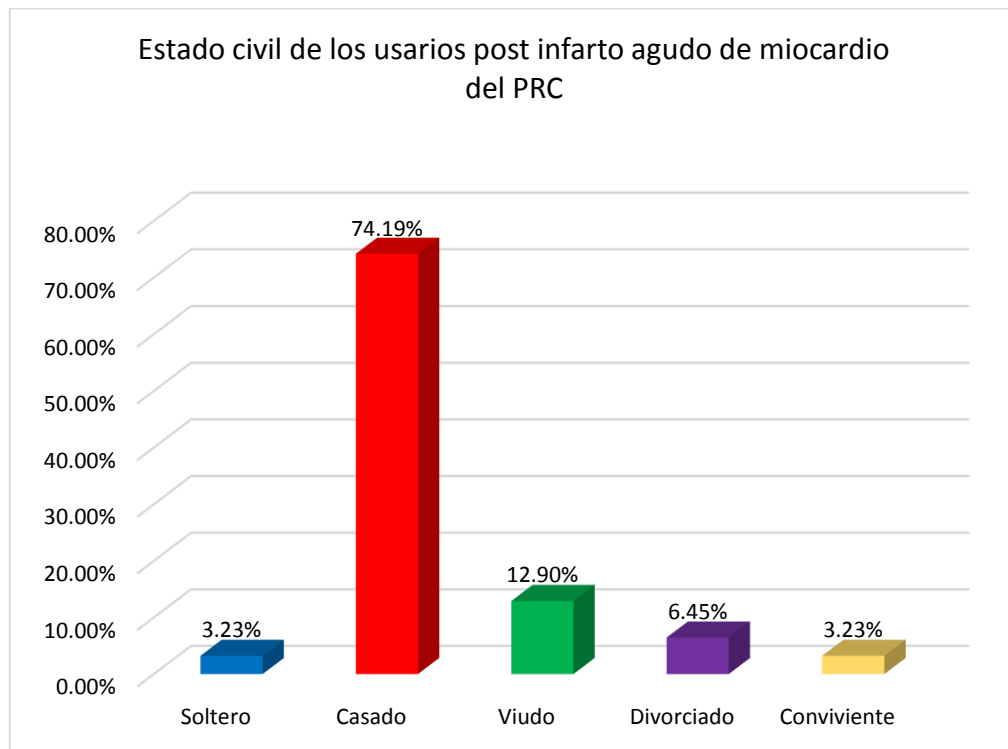
**Gráfico 1.** Género de los usuarios post infarto agudo de miocardio del PRC



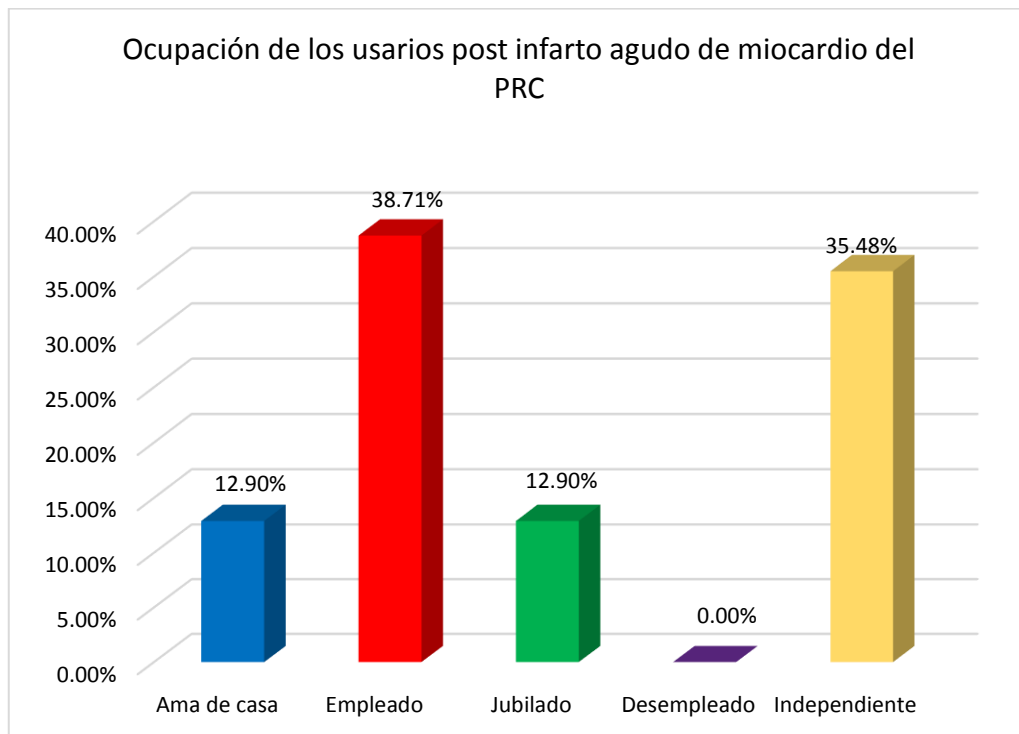
**Gráfico 2.** Edad de los usuarios post infarto agudo de miocardio del PRC



**Gráfico 3.** Estado civil de los usuarios post infarto agudo de miocardio del PRC

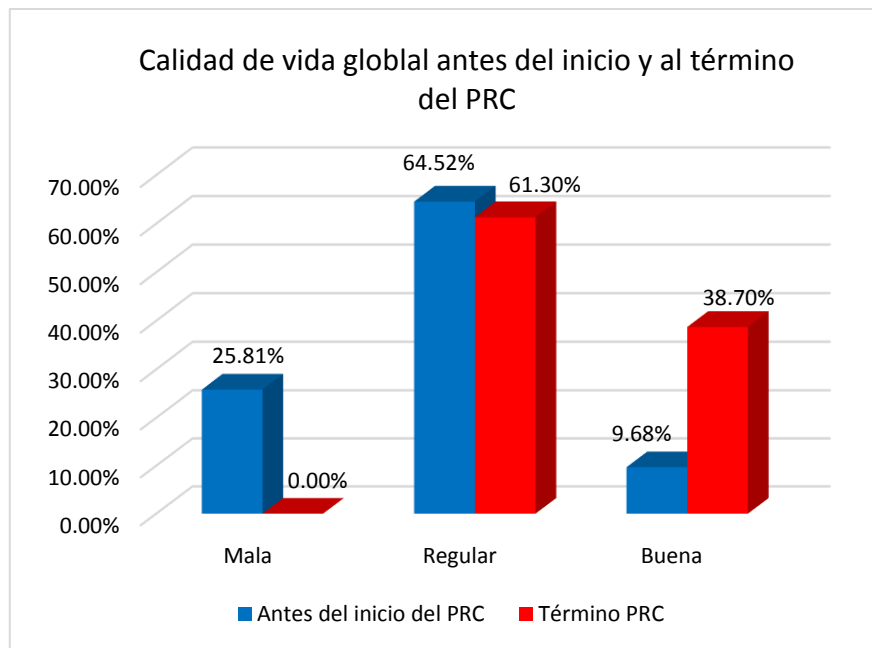


**Gráfico 4.** Ocupación de los usuarios post infarto agudo de miocardio del PRC

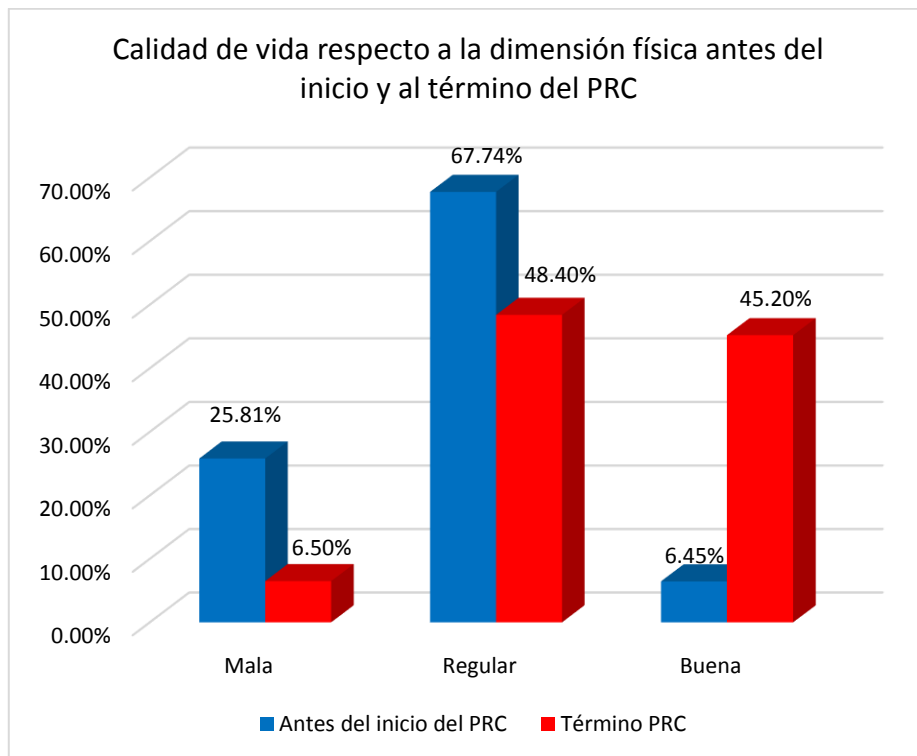




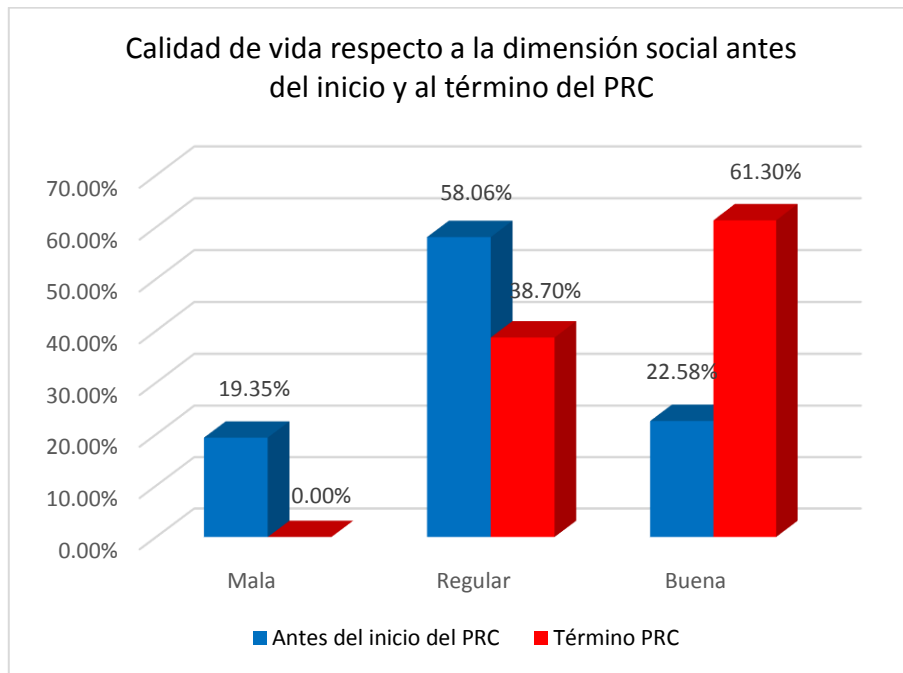
**Gráfico 5.** *Calidad de vida global antes del inicio y al término del PRC*



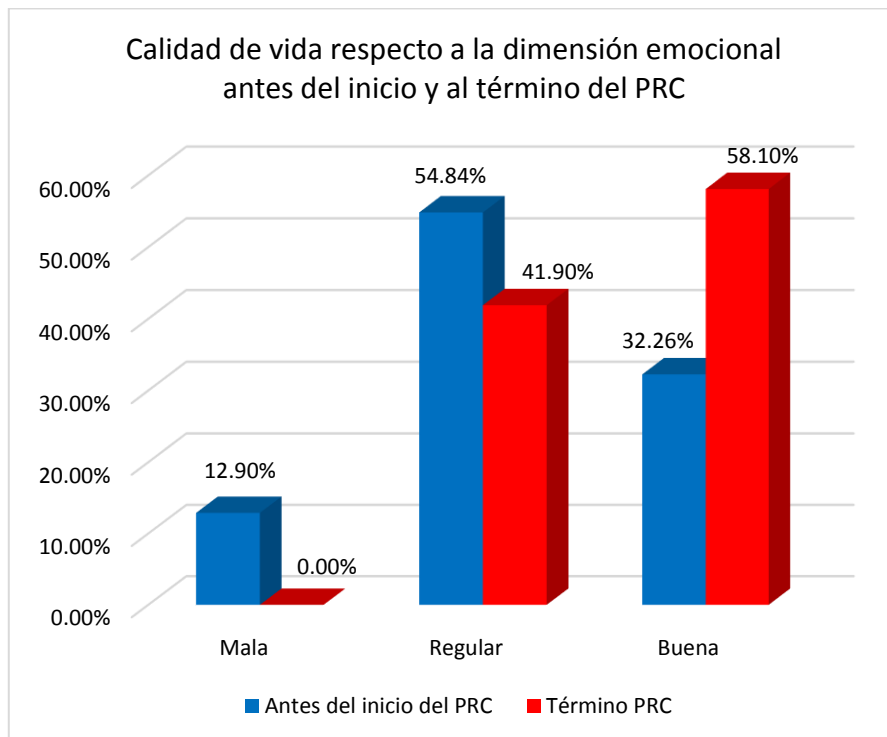
**Gráfico 6.** *Calidad de vida respecto a la dimensión física, antes del inicio y al término del PRC*



**Gráfico 7.** *Calidad de vida respecto a la dimensión social, antes del inicio y al término del PRC.*



**Gráfico 8.** *Calidad de vida respecto a la dimensión emocional antes del inicio y al término del PRC.*



## ANEXO 6

### Resolución de Decanato, Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Modificación de la resolución



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)  
FACULTAD DE MEDICINA



«Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad»

Lima, 14 de agosto de 2019

#### RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 1836-D-FM-2019

Visto el Expediente N° 15213-FM-2019 de fecha 13 de agosto de 2019 de la Unidad de Trámite Documentario y Archivo de la Facultad de Medicina, sobre rectificación de la Resolución de Decanato N° 1906-D-FM-2018.

#### CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Art. 201.1, respecto a la rectificación de errores;

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1906-D-FM-2018 de fecha 31 de julio de 2018, aprueba los Proyectos de Tesis de los estudiantes pertenecientes a la Escuela Profesional de Obstetricia;

Que, don RONALD ENRIQUE SANTIVANEZ RAMOS, con código de matrícula N° 14010534, perteneciente a la Escuela Profesional de Tecnología Médica, solicita cambio del título de su Proyecto de Tesis y asesor;

Que, mediante Oficio N° 1407/FM-EPTM/2019 el Director de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, remite con opinión favorable lo solicitado por el recurrente; solicitando se rectifique la Resolución de Decanato N° 1906-D-FM-2018; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

#### SE RESUELVE:

- 1° Rectificar la Resolución de Decanato N° 1906-D-FM-2018 de fecha 31 de julio de 2018; en lo concerniente al cambio del título del Proyecto de tesis y asesor de don RONALD ENRIQUE SANTIVANEZ RAMOS, con código de matrícula N° 14010534, perteneciente a la Escuela Profesional de Tecnología Médica; de acuerdo a lo detallado:

#### Dice:

Asesor:	Título del Proyecto de Tesis:
Lic. Mc Anthony Caviendes Polo Código Docente: 0A2239	"RUTINAS OCUPACIONALES DE USUARIOS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON EVOLUCIÓN DE DOS A CUATRO AÑOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - LIMA 2018"

#### Debe decir:

Asesora:	Título del Proyecto de Tesis:
Lic. Paula Martha Veliz Terry Código Docente: 073393	"CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - LIMA 2019"

Quedando vigente todo lo demás que ella contiene.

- 2° Encargar a la Escuela Profesional de Tecnología Médica el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.



JUAN P. MATZUMURA KASANO  
Vice-Decano Académico (e)

Decano / EPTM / Interesado



SERGIO G. RONCEROS MEDRANO  
Decano

/s/n

## ANEXO 7

### Matriz de Consistencia

TÍTULO	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	HIPOTESIS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
Calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019.	¿Cómo es la calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019?	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar la calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>- Identificar la calidad de vida respecto a la dimensión física, de los usuarios post infarto del programa de rehabilitación cardíaca en el Hospital Guillermo</p>	<p><b>Variable independiente:</b></p> <p>Infarto agudo de miocardio.</p> <p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>Calidad de vida</p>	La calidad de vida en usuarios post infarto agudo de miocardio, mejoró al término del Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Lima 2019.	<p><b>Tipo de investigación:</b></p> <p>El presente estudio fue desarrollado bajo un enfoque cuantitativo no experimental.</p> <p><b>Diseño de la investigación:</b></p> <p>Descriptiva, longitudinal y prospectivo.</p>	La población estuvo conformada por usuarios post infarto agudo de miocardio, de edades entre 35 a mayores de 70 años. Se incluyó a un total de 31 participantes.

		<p>Almenara Irigoyen – Lima 2019.</p> <p>- Establecer la calidad de vida respecto a la dimensión social, de los usuarios post infarto del programa de rehabilitación cardiaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2019.</p> <p>- Precisar la calidad de vida respecto a la dimensión emocional, de los usuarios post infarto del programa de rehabilitación cardiaca en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2019.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

## ANEXO 8

### Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Tipo de variable y escala de medición	Valores	
Calidad de vida	Condiciones objetivas y subjetivas que contribuyen al bienestar completo del usuario	Percepción que tiene el usuario respecto a sus dimensiones física, social y emocional luego de haber sufrido un IAM.	D. Física	Falta de aire	Cuestionario Mac New (Qlmi-2) versión española	Cualitativa, Ordinal	- Extremadamente falto de aire - Muy falto de aire - Bastante falto de aire - Moderadamente falto de aire - Algo falto de aire - Un poco falto de aire - Nada falto de aire	
				Bajo de energía			- Siempre - Muchas veces - A menudo - Algunas veces - Pocas veces - Casi nunca - Nunca	
				Dolor en el pecho			- Extremadamente limitado - Muy limitado - Bastante limitado - Moderadamente limitado - Algo limitado - Un poco limitado - Nada limitado	
				Inseguridad				
				Dolor en las piernas				
				Segura cantidad de ejercicio				
				Mareo				
				Impedimento por el corazón.				
				Limitación en el deporte				
			Restringido por el corazón					
			D. Social	Satisfacción			Cualitativa, Ordinal	- Siempre - Muchas veces - A menudo
				Dependencia				
				Incapacidad				

				Falta de confianza			- Algunas veces	
				Sobreprotección			- Pocas veces	
				Exclusión			- Casi nunca	
				Incapacidad para relacionarse			- Nunca	
			D. Emocional	Frustración				
				Sentimiento de incompetencia				
				Confianza, seguridad				- Siempre
				Depresión				- Muchas veces
				Relajación				- A menudo
				Agitación				- Algunas veces
				Ganas de llorar				- Pocas veces
				Aprensión				- Casi nunca
				Carga para otros				- Nunca
				Limitación en relaciones sexuales				
						Cualitativa, Ordinal		