

**EVALUACIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR Y EL  
CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PERSONAS QUE  
PRESENTARON UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

**desarrollado en el marco de la investigación docente**

**TRAYECTORIA CLÍNICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA  
ENFERMEDAD ISQUÉMICA CARDIACA Y SU IMPACTO EN LA SALUD  
CARDIOVASCULAR**

**elaborado por el docente investigador**

**Lina María Vargas Escobar**

**presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:**

**Laura Vanessa Cubillos Méndez, Karen Lizeth Martínez Roa, Diego Alejandro  
Moncada León, Erika Daniela Naranjo Camargo, Laura Tatiana Parra Camacho,  
Sergio Armando Santamaria Parra.**

**Universidad El Bosque  
Facultad de Enfermería  
Bogotá D.C., noviembre 8 de 2021**

**EVALUACIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR Y EL  
CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PERSONAS QUE  
PRESENTARON UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

**desarrollado en el marco de la investigación docente**

**TRAYECTORIA CLÍNICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA  
ENFERMEDAD ISQUÉMICA CARDIACA Y SU IMPACTO EN LA SALUD  
CARDIOVASCULAR**

**elaborado por el docente investigador**

**Lina María Vargas Escobar**

**Grupo de investigación de la Facultad de Enfermería  
Cuidado de la salud y calidad de vida**

**Línea de Investigación  
Cuidado de Enfermería**

**presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:**

**Laura Vanessa Cubillos Méndez, Karen Lizeth Martínez Roa, Diego Alejandro  
Moncada León, Erika Daniela Naranjo Camargo, Laura Tatiana Parra Camacho,  
Sergio Armando Santamaria Parra.**

**Universidad El Bosque  
Facultad de Enfermería  
Bogotá D.C, noviembre de 2021**

## Tabla de contenido

1. ANTECEDENTES .....	7
1.1. Contexto epidemiológico de la enfermedad cardiovascular y de la cardiopatía isquémica.....	7
1.2. Contexto económico y político de la enfermedad cardiovascular y de la cardiopatía isquémica.....	8
1.3. Contexto de la enfermedad cardiovascular y de la cardiopatía isquémica en la literatura .....	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
2.1. Justificación .....	17
2.2. Propósito .....	17
2.3. Objetivo general.....	18
2.4. Objetivos específicos .....	18
2.5. Definición de conceptos.....	18
3. MARCO TEÓRICO .....	20
3.1. Salud cardiovascular .....	20
3.2. Impacto del infarto agudo de miocardio en los desenlaces físicos, psicológicos y sociales .....	22
3.3. Desenlaces físicos y capacidad de funcionar adecuadamente .....	22
3.4. Desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado .....	24
3.5. Desenlaces sociales y requerimientos de apoyo .....	25
3.6. Cuidado de enfermería (Teoría de Swanson) .....	27
3.7. Cuidado de enfermería a personas con IAM .....	30
4. MARCO METODOLÓGICO.....	34
4.1. Tipo de estudio.....	34
4.2. Universo, población y muestra .....	34
4.3. Tamaño de la muestra .....	35
4.4. Técnica de muestreo .....	35
4.5. Justificación del tamaño de la muestra y la técnica de muestreo.....	35

4.6. Criterios de inclusión.....	36
4.7. Criterios de exclusión .....	36
4.8. Cuestionarios de medición.....	36
4.9. Cuestionario de clasificación sociodemográfica y salud cardiovascular.....	37
4.10. Encuesta de Salud Cardiovascular.....	37
4.11. Procedimiento de obtención de la información .....	38
4.12. Análisis de datos.....	39
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	40
6. RESULTADOS .....	42
6.1. Características sociodemográficas de los pacientes que sufrieron un IAM.....	42
6.2. Desenlaces físicos y capacidad de funcionar adecuadamente .....	47
6.3. Desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado .....	49
6.4. Desenlaces sociales y requerimiento de apoyo.....	54
7. DISCUSIÓN .....	61
8. CONCLUSIONES.....	68
9. ANEXOS .....	70
9.1. Encuesta de caracterización sociodemográfica y salud cardiovascular.....	70
9.2. Consentimiento informado .....	75
9.3. Aprobación Comité Institucional de Ética, Universidad El Bosque.....	78
9.4. Presupuesto .....	80
9.5. Cronograma .....	81
Bibliografía .....	82

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Caracterización sociodemográfica de los pacientes que sufrieron un IAM.....	42
<b>Tabla 2.</b> Comorbilidades de los pacientes que sufrieron un IAM.....	45
<b>Tabla 3.</b> Factores de riesgo modificables de los pacientes que sufrieron un IAM.....	46
<b>Tabla 4.</b> Desenlaces Físicos y capacidad de funcionar adecuadamente.....	48
<b>Tabla 5.</b> Desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado .....	50
<b>Tabla 6.</b> Desenlaces sociales y requerimiento de apoyo .....	54
<b>Tabla 7.</b> Seguimiento por parte del personal de enfermería.....	56
<b>Tabla 8.</b> Seguimiento por parte del personal de enfermería: (un mes posterior al evento miocárdico) .....	58

## **1. ANTECEDENTES**

A continuación, se describen los antecedentes de la enfermedad cardiovascular y la cardiopatía isquémica en el contexto mundial, latinoamericano y colombiano; el contexto económico y político, así como lo reportado en la literatura de acuerdo con la temática.

### **1.1. Contexto epidemiológico de la enfermedad cardiovascular y de la cardiopatía isquémica**

Desde el ámbito internacional, se establece que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. Se estima que es la causa de un tercio de todas las muertes, de sujetos mayores de 35 años (1). Algunos de los ejemplos, se presentan en Estados Unidos donde una de cada siete muertes, está relacionada con cardiopatía isquémica, seguido de Rusia con una mortalidad de hasta 60%, países como China y Egipto se quedan en tercer lugar con una mortalidad del 45% y el último lugar para Oceanía y Australia con un 31% (2).

Respecto a la incidencia de la cardiopatía isquémica cardíaca, entre los grupos etarios de 65 y 94 años, se encuentra que ésta se duplica en los varones y se triplica en las mujeres, debido a los procesos post menopáusicos de las mujeres y otros factores asociados (2). Por otro lado, la estimación de la prevalencia de la cardiopatía isquémica en la población es compleja; sin embargo, de acuerdo con la American Heart Association (2), aproximadamente 15,4 millones de personas mayores de 20 años, padecen una cardiopatía isquémica, lo anterior corresponde a una prevalencia entre mayores de 20 años del 6,4% (el 7,9% de los varones y el 5,1% de las mujeres). En lo que se refiere al infarto de miocardio, la tasa de prevalencia se estima en el 2,9% (el 4,2% de los varones y el 2,1% de las mujeres). En todo caso, los datos más recientes siguen mostrando un predominio masculino de la enfermedad coronaria en general y el infarto de miocardio en particular en todos los grupos etarios (2).

Por otro lado, en Latinoamérica, se estima que las enfermedades cardiovasculares, representan el 3,7% de todas las defunciones en las Américas y en particular la cardiopatía isquémica, es la principal causa de muerte en el contexto Latinoamericano, dada su alta prevalencia, mortalidad e impacto en la salud de las personas (3). Las tasas de mortalidad de cardiopatía isquémica más altas se registran en Guyana (292/100.000) (4). La incidencia de cardiopatía isquémica a nivel latinoamericano se presenta en los hombres de mediana y avanzada edad, mostrando que su mortalidad es 20% más alta comparado a las mujeres. Sin embargo, el mayor número de defunciones por esta causa ocurre en hombres y mujeres de 65 años (5).

En Colombia el estudio de Calvachi Prieto y colaboradores, demostró que el tipo de infarto más frecuente fue el tipo 1 (infarto agudo de miocardio espontáneo) alrededor del 82,5% de las personas, seguido por el tipo 2 (infarto agudo de miocardio secundario a desequilibrio isquémico) con un 15,1% de la muestra estudiada (5). Dentro de los factores de riesgo que la literatura reporta para la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares de tipo isquémico, se encuentran HTA (88,7%), obesidad (72,2%), tabaquismo (45,2%) y DM tipo 2 (23,8%) también el consumo de alcohol, el estrés y la ansiedad (6).

Sin embargo, también hay que destacar que en algunos países como los desarrollados, se ha reportado una disminución en la ocurrencia de estas enfermedades, debido a las mejoras en los tratamientos y las medidas de prevención secundaria tras un evento coronario, como: el manejo en la fase aguda del síndrome coronario agudo, el tratamiento para la insuficiencia cardiaca y la revascularización para la angina de pecho crónica. También se debe a un mejor control de los factores de riesgo en la población general, como es la reducción del colesterol total (24%), la presión arterial sistólica (20%), el tabaquismo (12%) y el sedentarismo (5%) (1).

## **1.2. Contexto económico y político de la enfermedad cardiovascular y de la cardiopatía isquémica**

La enfermedad cardiovascular ha generado un gran impacto en los países, debido no solo a la mortalidad, sino a la carga económica que estas enfermedades representan para

las economías en las regiones (7). En este sentido, el Foro Económico Mundial, ha realizado un estudio en compañía de la Escuela Pública de Harvard en el que se evidenció, que las enfermedades cardiovasculares son una de las causas de pobreza, que dificultan el desarrollo económico en todo el mundo. Mencionan que la mortalidad y la carga de la enfermedad están creciendo constantemente y esto se presenta como un gran obstáculo para el logro de los Objetivos del Milenio en la lucha contra la pobreza (8). De la misma manera en el año 2017 “The American Heart Association” realizó un estudio donde resumió las estadísticas de los costos, que carga un paciente con algunas patologías cardiovasculares, se estimó que el costo para el año 2012 a 2013 fue de 199.6 mil millones (promedio anual) para cardiopatía: Infarto de miocardio 11,5 mil millones y para enfermedad coronaria 10,4 mil millones. Se calcula que entre 2013 y 2030 los costos médicos por enfermedades cardiovasculares aumentarán en un 100% (9).

Así mismo, diferentes estrategias se han generado a nivel mundial para mitigar la incidencia y prevalencia de la enfermedad cardiovascular y los eventos isquémicos cardiacos, algunas de ellas se notan en las metas mundiales propuestas por la OMS, para reducir la mortalidad en un 25% en el 2025, aumentando la actividad física en un 10%, disminuyendo el consumo de alcohol en al menos un 25%, reduciendo la ingesta de sal en un 30% y por último la reducción del consumo de tabaco a un 30%. Otras medidas se enfocan en el tratamiento y asesoramiento de enfermedades como la diabetes y la obesidad, así como el uso de tratamientos, ya sean genéricos o comerciales para disminuir las tasas de mortalidad. (10)

Otras políticas, estrategias y proyectos mundiales propuestas por la OMS son las siguientes:

- **Proyecto de 13:** Programa general de trabajo 2019-2023: Promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables en el cual se establecen ciertas metas con el fin de reducir los factores de riesgo, que predisponen a una mala calidad de vida y de salud, entre ellas la aparición de enfermedades cardiovasculares y de esta forma establecer o proponer metas para disminuir los factores de riesgo (11).



- **Políticas antitabaco:** Es un pilar de los programas de control de tabaco de todos los países, que desestima la posibilidad de fumar en público y disminuye la iniciación de este hábito en los jóvenes (13). La OMS creó el tratado de control con el fin de disminuir las cifras de consumo de tabaco. En Colombia está la Ley 1335 de 2009 (Política antitabaco), que tiene como fin, contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente en los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley (12).
- **Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol:** Esta estrategia nace con el fin de disminuir los niveles de consumo de alcohol (13).
- **Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020:** Se ha hecho un llamado a la OMS para que se siga elaborando un marco mundial de vigilancia integral que comprenda un conjunto de indicadores para seguir de cerca las tendencias, evaluar los progresos que se logren en la aplicación de las estrategias y los planes nacionales relacionados con las enfermedades no transmisibles (14).
- **Políticas para frenar la contaminación ambiental:** La contaminación del aire es un riesgo ambiental importante para la salud, debido a esto se aumenta el riesgo de contraer enfermedades respiratorias, cardiopatías y cáncer de pulmón. La OMS, los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio, el protocolo de Cartagena, entre otros, han promulgado esta política.

Específicamente en Colombia se implementó la Política PAIS (Política de Atención Integral en Salud), la importancia de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como instrumento regulatorio básico, para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios y la gestión integral del

riesgo en salud. La atención de la salud cardiovascular específicamente se ubica como una ruta de grupo de riesgo (Población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular - metabólicas manifiestas); con eventos específicos como: Diabetes mellitus, Accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial primaria (HTA), enfermedad isquémica cardíaca (IAM), enfermedad renal crónica (15). Esta ruta apareció además en la Resolución 3280 del año 2016, y menciona la ruta para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebrovascular-metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial -HTA, Diabetes Mellitus-DM y Obesidad) (16).

### **1.3. Contexto de la enfermedad cardiovascular y de la cardiopatía isquémica en la literatura**

En la revisión de la literatura sobre la salud cardiovascular y el IAM se encuentran no sólo las definiciones de estos conceptos, sino también las temáticas que han sido abordadas desde los profesionales de la salud. En este sentido, se presentan las implicaciones clínicas de estas situaciones de salud, el impacto que tiene para la vida de las personas y sus familias, así como los abordajes teóricos desde los cuales se han investigado estos fenómenos de salud.

Las enfermedades cardiovasculares hacen parte de las denominadas enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Dentro de las enfermedades cardiovasculares las más comunes son el infarto agudo de miocardio y los accidentes cerebrovasculares (14).

La enfermedad cardiovascular se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “Un grupo de desórdenes del corazón y los vasos sanguíneos, entre las cuales se incluyen: las cardiopatías coronarias, cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática, congénitas, trombosis venosa profunda y embolias pulmonares”. La enfermedad isquémica cardíaca por su parte es la “cardiopatía producida como consecuencia de alteraciones fisiopatológicas que llevan a un desequilibrio entre la demanda y aporte de oxígeno al músculo cardíaco”. Por último, el infarto agudo de miocardio (IAM) se define como: “La necrosis o muerte de una porción

o sección del miocardio por la suspensión o disminución de su riego sanguíneo, debido generalmente a la oclusión de una arteria coronaria” (10).

Los estudios que se han realizado sobre la enfermedad cardiovascular y la cardiopatía isquémica de acuerdo con la literatura se han realizado desde disciplinas tales como: medicina, enfermería, psicología, fisioterapia, nutrición y entre otras, abordando las siguientes temáticas:

En Medicina se han evaluado los factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular, estudios como Framingham Heart Study establecieron, que el tabaquismo, colesterolemia, cifras tensionales elevadas, obesidad y menopausia, aumentan el riesgo de infarto del miocardio, mientras que demostró que el colesterol HDL reduce el riesgo de muerte (17). Desde la Psicología se ha estudiado, que los pensamientos, actitudes y emociones de las personas frente a la enfermedad cardiovascular les genera gran estrés y ansiedad, por lo cual se trabaja en esta área para que las personas que sufren un evento cardiovascular no lleguen a un estado depresivo (18). En Fisioterapia se han realizado estudios, que recomiendan la actividad física con ejercicios respiratorios y físicos, sencillos, suaves para así mantener el tono y la flexibilidad del cuerpo durante la hospitalización. En la fase ambulatoria, ejercicios más intensos con sesiones de 40 a 60 minutos, que permiten el fortalecimiento y la incorporación de la actividad física en la vida de la persona (19). Desde Nutrición, se ha recomendado el consumo de alimentos saludables que reduce la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares (20). En Enfermería, se han ofrecido indicaciones, para ampliar su marco conceptual basándose en el análisis de la investigación de fenómenos propios. Se han desarrollado estudios que caracterizan los síntomas de IAM en las mujeres (21), (22), estudios de adherencia a los tratamientos y autocuidado de los pacientes (23).

De esta manera, Enfermería ha desarrollado un papel esencial en la investigación de la salud cardiovascular, así como en la práctica asistencial de las personas que experimentan un evento isquémico cardíaco desde el momento mismo de su diagnóstico, hospitalización, alta, rehabilitación y acompañamiento posterior garantizando un

cuidado integral y permitiendo a la persona transitar por esta vivencia de la mejor manera.

El profesional de enfermería participa en el trabajo interdisciplinario que realiza con otros profesionales de la salud; sin embargo, desde su quehacer es responsable de disminuir, la ansiedad que se produce por el desconocimiento de la enfermedad, los tratamientos, e incluso el temor a morir. También brinda educación a la persona junto con su familia sobre la patología y situación de salud, lo prepara con intervenciones puntuales, en los procesos de tratamiento farmacológico y no farmacológico establecidos durante el periodo agudo de la enfermedad. Posteriormente es la responsable de preparar al paciente para el egreso y el inicio del proceso de rehabilitación, realizando el acompañamiento en la administración de los medicamentos en casa, cuidados de la salud para evitar desenlaces negativos como reinfartos y otras complicaciones derivadas.

Considerando lo anterior, algunos de los principales diagnósticos de enfermería asociados a los problemas de salud cardiovascular y de cardiopatía isquémica cardiaca son los siguientes: afrontamiento ineficaz o familiar inefectivo, trastornos del autoestima e imagen corporal, alteración de los patrones de sexualidad, alteración del patrón de sueño, dolor crónico, poca adherencia al tratamiento farmacológico, déficit de autocuidado y autoeficacia, aislamiento social, entre otros (24).

Desde Enfermería se han realizado estudios sobre la enfermedad cardiovascular haciendo énfasis en tres pilares fundamentales: la prevención, el tratamiento y el control (25). En este sentido algunos estudios realizados desde la disciplina son: los relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (26) el impacto en el estilo de vida de la persona y las secuelas que conlleva esta patología en todas las áreas vitales del individuo, así como en la importancia de la educación y las intervenciones que son realizadas, las cuales contribuyen a la modificación de factores de riesgo que pueden predisponer o aumentar la probabilidad de desarrollar un IAM. En el contexto mundial, los autores como Peclat y colaboradores expresen la importancia de que el profesional de enfermería reflexione sobre las necesidades individuales de la persona valorando un cuidado que involucre acciones no biomédicas, sino que involucren medidas de confort que promuevan la reducción de síntomas como el dolor

cardíaco y consecuentemente la mejora en la calidad de la asistencia (27). En enfermería no solo se destaca su papel asistencial, sino que busca mejorar la calidad en la atención cardiovascular a través de la investigación basada en la evidencia como lo exponen los autores Diana-Lyn Baptiste, y colaboradores en un estudio realizado en El Hospital Johns Hopkins donde se evidenció, que el seguimiento realizado y dirigido por enfermeras después de la hospitalización por insuficiencia cardíaca, puede mejorar la supervivencia y reducir la cantidad de eventos, reingresos y días en el hospital (28).

Igualmente, estudios realizados por enfermería en otros países de oriente medio, muestran el papel del profesional de enfermería en la prevención de enfermedades cardiovasculares de las mujeres y busca determinar factores de riesgo. El profesional de enfermería debe estar en capacidad de identificar juicios de valor, creencias y demás como posibles obstáculos, teniendo en cuenta que un IAM presenta una sintomatología relevantemente diferente en mujeres que en hombres (29).

En Colombia, Enfermería realizó, estudios relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, su efecto en la calidad de vida de las personas con infarto agudo de miocardio, incluyendo las conductas de autocuidado de los individuos que cursan con un IAM o que tienen mayor predisposición de padecer (26); así como la autoeficacia de los pacientes en el postinfarto y el compromiso con su estado de salud (30). Teniendo en cuenta además factores como el sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte que pueden presentarse los cuales son expuestos por Rivera en su artículo (24). También se abordó la participación de enfermería mediante las intervenciones proporcionadas a quienes sufren una enfermedad cardiovascular como lo mencionan los autores como Esquivel y colaboradores (31).

Todo lo anterior muestra el impacto de la enfermedad isquémica cardíaca en los países, las políticas existentes y los estudios realizados por diferentes disciplinas que incluyen a enfermería.

A continuación, se presenta el planteamiento del problema que da origen a la necesidad, por la cual se desarrolló el estudio.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El IAM es una enfermedad que está causando un gran impacto en el mundo, debido no solo a la morbilidad y mortalidad que produce sino a la prevalencia de factores de riesgo en la población.

Internacionalmente se ha establecido que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo, se estima que un tercio de las muertes son causadas por esta razón en sujetos mayores de 35 años. La American Heart Association estimó para el año 2015 que aproximadamente 15,4 millones de personas mayores de 20 años padecen de cardiopatías isquémicas (9).

Por otro lado, se destaca que la población en Colombia está envejeciendo. De acuerdo con la información reportada por el DANE, la población mayor de 60 años pasó de representar el 9 % hace 13 años al 13,4% para el año 2019, es decir un incremento cercano al 50%, siendo estas cifras relevantes, teniendo en cuenta que es un grupo poblacional altamente vulnerable a la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares (32).

Diferentes políticas nacionales e internacionales muestran la necesidad de contribuir con la disminución de estos factores de riesgo y a la necesidad de mejorar la atención por parte del sistema de salud (11), (12), (13,15).

Muy pocos estudios en el país describen los desenlaces físicos, psicológicos y sociales después de un IAM (18), que se hacen evidentes en la capacidad que tienen las personas de funcionar adecuadamente, sus necesidades de autocuidado, y los requerimientos de apoyo y seguimiento posteriores al IAM. Esta situación ocasiona que en la práctica, se sigan ofreciendo cuidados fragmentados, que pueden repercutir en el logro de las metas terapéuticas del paciente, ocasionando posibles complicaciones y reingresos.

El tener un IAM es una experiencia que limita a muchos pacientes y suele tener un importante impacto en sus vidas, en primera instancia por el desconocimiento de la

enfermedad, la necesidad de tomar nuevos medicamentos, someterse a tratamientos y medios diagnósticos a veces desconocidos; posteriormente el miedo a que el episodio se repita y la necesidad de hacer múltiples cambios en el estilo de vida, entre otros factores que pueden generar ansiedad o depresión en estas personas (9).

En la literatura se pudo contemplar la situación de salud que experimentan los pacientes dentro de las instituciones de salud, pero en otros estudios se reportó el desconocimiento sobre los desenlaces que pudieron ocurrir tras el IAM en estos pacientes una vez se les da de alta en la institución (33). Por ejemplo, a nivel internacional se demostró que un porcentaje de estos pacientes (30%) un mes después del alta, no consumieron los medicamentos prescritos y además el seguimiento que se hizo a un año, demostró que aquellos pacientes que tenían adherencia al tratamiento farmacológico podrían volver a padecer esta situación (6,6%) a diferencia de los que tenían mala adherencia, en los cuales el riesgo de padecer un nuevo evento cardiaco era del (25,1%), (33). En Colombia en un estudio de la organización Sanitas, evidenció que la probabilidad de reingreso hospitalario en 30 días era del (9,3%), a los 60 días (12,1%) y a los 90 días del (13,9%), donde los diagnósticos que presentaron más riesgo fueron las enfermedades hematológicas del sistema circulatorio y las neoplasias (34). Es importante considerar que los pacientes deben realizar cambios importantes en su estilo de vida, posterior a la hospitalización para poder adaptarse; de esto dependerá la ocurrencia de posibles complicaciones o una recuperación del estado de salud y de la calidad de vida. Por lo tanto, el conocer los resultados producidos como consecuencia de la experiencia de un IAM, permitirá al equipo de salud y a enfermería, ofrecer los cuidados y el apoyo que el paciente necesita, junto con su familia durante la fase de recuperación y rehabilitación.

Así mismo, pocos estudios reportaron los cuidados de Enfermería que los pacientes han recibido desde su egreso, a partir de lo expresado por los propios pacientes y sus familias. Esta información, permitió ajustar los procesos de seguimiento y acompañamiento, así como de necesidades de educación durante la recuperación y rehabilitación del paciente posterior al IAM.

Todo lo anterior, lleva al planteamiento de la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los resultados de salud cardiovascular y el cuidado de enfermería recibido en las personas después de un IAM?

## **2.1. Justificación**

Esta investigación es importante, ya que con ella se aporta al conocimiento sobre las personas que padecieron un IAM y así poder establecer mejores acciones de autocuidado, que promuevan su salud, prevengan factores de riesgo asociados a su patología y también se logre disminuir el reingreso hospitalario por una nueva recaída de su estado de salud.

En cuanto a los profesionales de la salud y en especial a enfermería, esta investigación permite conocer el estado de salud actual de los pacientes después de un IAM que pueden permitir la generación de pautas y recomendaciones para mejorar los cuidados, brindando seguimiento, asesoría e intervenciones de calidad que pueda promover el bienestar y la calidad de vida, abordando situaciones que pueden llegar a presentarse durante este periodo, tales como: incertidumbre, problemas familiares, cambios en los roles, adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, síntomas indeseados, entre otros factores que pueden incomodar el bienestar de estos pacientes e incluso llevarlos a un nuevo infarto (prevención secundaria).

Describir el cuidado de enfermería desde la mirada de los pacientes con IAM puede contribuir con la implementación de guías y protocolos de manejo en los cuales se evidencia la importancia de hacer seguimiento a estos pacientes, desde la prevención secundaria y puede aportar; por lo tanto, en la ruta para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebrovascular-metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad).

## **2.2. Propósito**

Adquirir competencias y conocimientos en investigación como parte de la formación de profesionales de enfermería. Además, se busca aportar a la investigación docente la cual



aporta evidencia importante sobre la atención de los pacientes con IAM en el país desde la trayectoria del cuidado de Enfermería.

Esta investigación permitió comprender la situación de salud de aquellos pacientes que sufrieron un IAM y cómo enfermería puede contribuir desde su atención a estas personas, impactando con diferentes intervenciones sobre su calidad de vida.

### **2.3. Objetivo general**

Describir los resultados de salud cardiovascular y el cuidado de enfermería recibido después de un IAM.

### **2.4. Objetivos específicos**

1. Identificar los desenlaces físicos, psicológicos y sociales después del IAM.
2. Describir el cuidado de enfermería después del IAM.
3. Caracterizar la salud cardiovascular en las personas después del IAM.

### **2.5. Definición de conceptos**

#### **2.5.1. Salud cardiovascular:**

Son todas aquellas prácticas o hábitos que se incorporan, para mejorar o mantener la salud del sistema cardiovascular para disminuir aquellos factores de riesgo condicionales que puedan afectar el estado de salud (35). Es por lo tanto “la capacidad de funcionar adecuadamente, mediante la práctica de actividades que las personas realizan por sí mismas para el mantenimiento del bienestar y la vida” (36)

#### **2.5.2. Resultados de salud cardiovascular:**

Son los desenlaces físicos, psicológicos y sociales ocasionados por aquellas prácticas o hábitos de las personas que se incorporan para mejorar o mantener la salud del sistema cardiovascular, bienestar y calidad de vida. Estos resultados se reflejan en términos de la capacidad de funcionar adecuadamente, las necesidades de autocuidado y los requerimientos de apoyo y seguimiento.

### **2.5.3. Cuidado de enfermería:**

De acuerdo con Swanson, el cuidado es una forma de fomentar una relación con otro, con quien se tiene un sentido personal de compromiso y responsabilidad. Afirma que “los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) y las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente)” (37).

### **2.5.4. Infarto Agudo de Miocardio (IAM):**

“Necrosis o muerte de una porción o sección del miocardio por la suspensión o disminución de su riego sanguíneo, debido generalmente a la oclusión de una arteria coronaria” (38).

### **3. MARCO TEÓRICO**

A continuación, se presenta el marco teórico del presente estudio construido a partir de los resultados de los estudios explorados.

#### **3.1. Salud cardiovascular**

Para entender el ámbito en que se produce la salud cardiovascular, es necesario diferenciar entre los siguientes tres conceptos: Enfermedad cardiovascular, enfermedad isquémica e infarto agudo de miocardio.

El estudio de Framingham define la enfermedad cardiovascular como cuatro categorías de enfermedades relacionadas entre sí: la enfermedad coronaria (que incluye angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia coronaria), la enfermedad cerebrovascular (evento cerebrovascular trombótico, embolia e isquemia cerebrales transitoria), la enfermedad arterial periférica (incluye las arterias de miembros inferiores) y la falla cardíaca (17).

Por su parte, la enfermedad cardiovascular según la OMS se define como: “Un grupo de desórdenes del corazón y los vasos sanguíneos, entre las cuales se incluyen: Las cardiopatías coronarias, cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática, congénitas, trombosis venosa profunda y embolias pulmonares” (14). La enfermedad isquémica cardíaca por su parte es “una enfermedad producida como consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas, secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y aporte de oxígeno al músculo cardíaco” (39). Por último, el infarto agudo de miocardio se define como “la necrosis o muerte de una porción o sección del miocardio por la suspensión o disminución de su riego sanguíneo, debido generalmente a la oclusión de una arteria coronaria” (40). Teniendo en cuenta lo anterior, puede decirse que las enfermedades cardiovasculares son un grupo de patologías que afectan al corazón, debido a una alteración en la irrigación sanguínea al miocardio, causado por la obstrucción de una placa ateromatosa o trombo sanguíneo que

impiden el adecuado flujo de sangre a través de las arterias del corazón. La progresión del ateroma dependerá de la gravedad de la enfermedad y de la estabilidad de la placa ateromatosa, por lo cual cuanto más gruesa sea la capa fibrosa y menos inflamado este el centro lipídico, el ateroma será más estable (40).

Los estudios señalan diferencias en la ocurrencia de la enfermedad isquémica y el posterior IAM en hombres y mujeres. Según Alcalá en su artículo se mencionan datos que pueden evidenciar que afecta más a las mujeres, como, por ejemplo, que la menopausia trae consigo cambios hormonales que generan una mayor disfunción endotelial, existencia de mayor resistencia a la insulina y a los lípidos, lo cual hace que se fracturen más rápidamente los ateromas (39). En cuanto a la sintomatología, Según Kunstmann, en las mujeres los síntomas son un poco más inespecíficos, ya que a veces no se presentan con los tradicionales: Dolor opresivo irradiado a miembro superior izquierdo, sudoración, náuseas o en ocasiones epigastralgia, sino que, se presenta como un cuadro clínico general de cualquier tipo de enfermedad (41).

En Colombia según el segundo informe del observatorio nacional entre 1998 y 2011, se observó una mayor mortalidad por enfermedad cardiovascular en los hombres, con un porcentaje de (51.4%), en comparación al de las mujeres que fue de (48.6%) (42). Por el contrario, en un estudio realizado en Chile señala que la mortalidad de las mujeres fue del (15,8 %), mientras que en los hombres fue del (7,9%). Se cree que la fisiopatología en las mujeres es diferente a la de los hombres, la placa ateromatosa es más difusa y existe una menor obstrucción coronaria, por lo que es más frecuente la angina inestable dado que la placa se fractura, generando mayor diseminación y menos obstrucción. En la mujer aparecen más síntomas atípicos como: Malestar, cansancio, náuseas, disnea, fatiga y palpitaciones, esta patología se observa por lo general en mujeres posmenopáusicas. En el caso de los hombres se observó un mayor número de síntomas “clásicos” de opresión, dolor, en el pecho o en los brazos, que puede propagarse hacia el cuello, la mandíbula o la espalda, sudoración, entre otros, son más característicos de los hombres (43).

### **3.2. Impacto del infarto agudo de miocardio en los desenlaces físicos, psicológicos y sociales**

Debido a los cambios que se producen en el estilo de vida de aquellas personas que han experimentado un IAM, es posible que se produzcan cambios en su salud cardiovascular con desenlaces en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, que son capaces de impactar en la salud y calidad de vida de estas personas. Es relevante considerar que estos cambios, no se limitan al periodo inmediatamente posterior a la ocurrencia del evento, sino que trasciende en sus etapas posteriores en el tiempo, durante los procesos de recuperación, rehabilitación cardíaca y tiempo posterior (43-44); y que estos a su vez, se verán reflejados en la salud cardiovascular del individuo, en su capacidad para funcionar adecuadamente, en sus necesidades de autocuidado y en los requerimientos de apoyo.

### **3.3. Desenlaces físicos y capacidad de funcionar adecuadamente**

Después de cursar con un IAM, el recuperar la normalidad de la vida diaria implica un proceso de cambios y adaptaciones a nuevos hábitos. En este sentido, pueden aparecer síntomas como lo son: la dificultad para respirar, las palpitaciones y dolores precordiales leves, los cuales pueden disminuir con la actividad física supervisada. Según Rodríguez y colaboradores, en su estudio (45) se implementó por 3 meses un programa de actividades físicas como parte de la rehabilitación cardíaca consistente en aeróbicos, calistenia, estera rodante y bicicleta, durante 45 minutos, 2 veces al día; y se demostró que a los 3 meses de iniciar ninguno de los 38 pacientes presentó disnea, 1 presentó palpitaciones y 3 tuvieron leves dolores precordiales. Lo anterior es relevante, si se tiene en cuenta que el entrenamiento físico, aminora o reduce parcialmente la aterosclerosis coronaria.

Sin embargo, la actividad física por sí sola no es suficiente y debe integrarse una alimentación balanceada en aquellos pacientes que sufrieron un IAM. Según Socorrás y Bolet, en su estudio titulado alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares, cuando se reemplaza en la dieta a los ácidos grasos saturados (AGS),

son capaces de disminuir el colesterol total (CT), el LDL colesterol y los triglicéridos (TG). El principal es el ácido linolénico, que es transformado en ácido eicosapentaenoico (EPA) y en ácido docosahexaenoico (DHA) en el organismo. Estos ácidos sustituyen al ácido araquidónico evitando la formación de tromboxano A<sub>2</sub> y ejerciendo de esta forma un efecto vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria, adicionalmente refieren que la ingestión de pescado y flavonoides disminuye la mortalidad coronaria y la ingestión de ácidos grasos trans la aumenta (46). Esto implica que la dieta de la persona coronaria consistirá en disminuir el consumo de grasas, sal, gaseosas o comidas con exceso de carbohidratos, y en cambio aumentar el consumo de vegetales, frutas y proteínas.

Por otro lado, las personas con IAM pueden además sufrir de comorbilidades, lo que implica la presencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona. Según Rojas y Flórez en su estudio, se encontró una alta prevalencia de comorbilidades como, hipertensión arterial y diabetes mellitus (45,5 y 17 % respectivamente) y de los hipertensos 16% padecía también diabetes (26). Igualmente, en el estudio de Cabrerizo y Zalba, se reportó una alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Estos a su vez advierten que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el estrés, la dislipidemia, los antecedentes familiares, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo y una enfermedad coronaria previa, son los primeros factores de riesgo cardiovascular de la población colombiana; siendo los de mayor prevalencia la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el sedentarismo, con porcentajes equivalentes al 44, 64 y 70% respectivamente (47).

Por otro lado, respecto al consumo de alcohol, se reconoce que Colombia es el tercer país más feliz del mundo según Happy Planet Index, los colombianos celebran triunfos, pérdidas, encuentros y otros eventos que están implícitos en su cultura (48). Sin embargo, estas celebraciones se encuentran directamente relacionadas con el consumo de licor y esto ubica a Colombia, como el tercer país consumidor de cerveza en América Latina, con unos 51,4 litros por persona al año (49). Según Cuervo, la abstinencia de alcohol puede reducir las cifras de tensión arterial en aquellos pacientes hipertensos que lo son por un consumo elevado (50).

Lo mismo ocurre con el tabaquismo posterior a un IAM, la meta es una completa cesación de este hábito y por eso se recomienda evaluar el uso de tabaco, recomendar fuertemente al paciente y familiares el dejar de fumar y a evitar el humo de segunda mano. Buscar consejería, terapia farmacológica e ingresar a un programa de cesación de tabaco de acuerdo con Fernández (51).

Otro aspecto importante, se relaciona con el tratamiento farmacológico que se inicia posterior al IAM, este podrá ser suspendido o modificado a lo largo del tratamiento (53). Dentro de los fármacos a utilizar se incluyen: Antiagregantes plaquetarios, antihipertensivos de la familia IECAS y beta-bloqueadores, anticoagulantes, nitratos e hipolipemiantes, entre otros. Este tratamiento farmacológico implica para el paciente generar adaptaciones importantes a la hora de organizar sus horarios de administración, el conocimiento de qué medicamentos tienen interacciones con otros fármacos y con algunos alimentos. Este aspecto es determinante en el logro de la adherencia a los tratamientos (52).

En conclusión, se puede evidenciar que el impacto físico en el paciente IAM requiere de su parte compromiso y constancia para adherirse a los nuevos hábitos que le ayudarán a funcionar de mejor manera. Por ello la rehabilitación cardiaca mejora la calidad de vida del paciente y mejora el pronóstico del evento al ofrecer acompañamiento y apoyo al paciente siempre y cuando su abordaje se haga de manera integral (53).

### **3.4. Desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado**

El IAM tiene múltiples connotaciones y una de ellas es el fuerte impacto emocional entre las personas que lo padecen (54), así como de las reflexiones sobre las decisiones y acciones que debe tomar un individuo para lograr su autocuidado.

La experiencia de un IAM se manifiesta en la persona con la presencia de estados emocionales de ansiedad y depresión asociados no solo a las tensiones normales de la vida cotidiana (como el trabajo, la familia y otras obligaciones); sino además por la preocupación personal sobre su estado de salud cardiovascular. Estos estados emocionales se consideran factores de riesgo importantes, que afectan la calidad de vida

relacionada con la salud en estos pacientes (55). Sin embargo, al mismo tiempo que todos estos procesos se generan en los pacientes, es necesario que desarrollen comportamientos de autocuidado que les permita hacer frente a aquellas situaciones que deben modificar para mantener su funcionamiento y desarrollo humano. (56)

Huffman, Celano y Januzzi citadores y colaboradores, expresaron que la ansiedad tiene efectos fisiológicos importantes al contribuir con los procesos inflamatorios, el incremento de las catecolaminas, la variabilidad en el ritmo cardíaco, la alteración de la función endotelial, entre otros; que demuestran la importancia del abordaje psicológico como parte de los objetivos terapéuticos de la persona, al tener efectos importantes sobre la salud cardiovascular (57).

Otro de los cambios que puede presentarse en estas personas, son los relacionados con los cambios en la autoestima. Estudios como los de Álvarez han demostrado que la enfermedad coronaria parece exacerbar y presentar procesos de rehabilitación mucho más largos cuando existe una baja autoestima, en comparación de aquellos pacientes que tienen una autoestima más alta (58).

Adicionalmente, es importante expresar que la persona que experimenta un IAM, puede presentar otras alteraciones como: Pérdidas de rol, del estatus, de la autonomía, alteración de la autoimagen, pérdida de relaciones y lazos afectivos, e incluso puede llegarse a experimentar relación estrecha de cercanía con su propia muerte. Esto es importante si se considera la necesidad del abordaje de estos ámbitos por parte de los profesionales de la salud y la poca preparación que éstos reciben, tal como lo manifiesta Rivera Álvarez en su artículo (58).

### **3.5. Desenlaces sociales y requerimientos de apoyo**

Se ha establecido que la rehabilitación cardíaca para los pacientes que han sufrido un IAM, se ha centrado especialmente en la práctica de ejercicio físico, alimentación saludable y adherencia al tratamiento médico, prestando una menor atención a los factores sociales (59). Sin embargo, es necesario abordar esta dimensión como parte del



éxito en los procesos de adherencia a los tratamientos, si se considera la importancia que el apoyo social puede tener para el individuo que ha sufrido un evento cardiaco.

Según Aguayo, Ramírez y Navarro, en su estudio (60) muestran cómo “la crisis paranormativa desencadenada por la cardiopatía isquémica, pone en evidencia cómo las familias echan a andar mecanismos de adaptación inmediatos”. Así pues, dependerá de los roles que desempeñan los integrantes de la familia, la flexibilidad para modificarlos y la permeabilidad de sus límites, para que los individuos asuman su nueva condición y modifiquen su estilo de vida, también para que sus familias acepten que su familiar no es el mismo que antes del suceso agudo y, por lo tanto, es necesario que apoyen los cambios necesarios para restablecer su salud. (61)

Según Solano, González y Fernández en su estudio donde las mujeres manifestaron la necesidad de generar cambios en su estilo de vida, como abandonar su trabajo para poder atender al enfermo y la adquisición de nuevas responsabilidades como cuidador principal, en pro de la satisfacción de necesidades básicas para el paciente y su adherencia al tratamiento instaurado. (62)

De acuerdo con Molla, Trejo y Moreno en su estudio (63) muestran cómo el aislamiento social es un fenómeno común entre las personas que han sufrido un IAM. Los pacientes que han presentado un infarto agudo de miocardio refieren una baja disponibilidad de ayuda en el entorno (que es un indicador fiable de aislamiento), el cual se asocia a una mortalidad incrementada, mayor necesidad de rehospitalización y al aumento del riesgo de nuevos episodios de IAM (59).

Otro de los factores directamente relacionados con la calidad de vida y motivo de preocupación tras un evento isquémico para el paciente es la reincorporación laboral (59), el miedo al sufrir un segundo infarto de miocardio y la probabilidad de morir, pueden impedir que el paciente regrese a su medio laboral con tranquilidad. La evaluación de la capacidad de reincorporarse al trabajo después de un infarto de miocardio comprenderá varios factores como: la capacidad funcional de los pacientes, la expansión del infarto de miocardio, la función del músculo cardíaco, la satisfacción laboral, la situación económica, la edad y algunas variables psiquiátricas (60).

Tener una buena satisfacción laboral influye positivamente en los pacientes con IAM, aunque también se deben analizar otros factores como son la necesidad de mantener un hogar y una familia desde el punto de vista económico (64) y que pueden resultar en afectación para el paciente si son motivo de estrés o preocupación.

### **3.6. Cuidado de enfermería (Teoría de Swanson)**

Kristen Swanson definió el cuidado como una manera beneficiosa de relacionarse con otra persona a la que se estima, donde la enfermera asume de forma personal un sentimiento de responsabilidad y compromiso (65). En el modelo, Swanson propuso cinco conceptos básicos los cuales son: Conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias, dando así significado a la estructura del cuidado de enfermería (65). A continuación, se presentan estos los conceptos:

- **Conocer:** Implica buscar la manera de entender el porqué del acontecimiento en la existencia de la persona, evitando juicios, centrándose en la persona que se cuida, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (65).
- **Estar con:** Hace referencia a acompañar al paciente emocionalmente, transmitir disposición y compartir sentimientos, sin agobiar a la persona cuidada (65). Implica estar presente, mostrar que la persona y lo que le ocurre es importante para la enfermera. Esto implica disponibilidad, manteniendo el autocuidado de la propia enfermera, de tal manera que esta disponibilidad no le afecte a sí misma (65).
- **Hacer por:** Es hacer por los demás lo que se haría por uno mismo, involucrándose en las necesidades, actuar con agilidad, confort y capacidad para proteger al paciente (65). El enfermero debe reconocer las necesidades y dudas del paciente, hacer uso de sus conocimientos y creatividad para satisfacerlas de la forma más eficiente posible (65).
- **Posibilitar:** Facilitar el paso del paciente por los cambios de la vida y los sucesos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, dando información, brindando apoyo y valorando los sentimientos (66).

- **Mantener las creencias:** Es conservar la fe en la capacidad que tiene el otro para superar un evento o cambio, afrontar al futuro, creyendo en la capacidad del otro y manteniéndolo en alta estima, conservando una actitud llena de esperanza, brindando un optimismo realista, ayudando a buscar el significado y acompañando al paciente en cualquier escenario (66).

Estos 5 procesos contienen además 5 dominios que se presentan a continuación:

- Capacidad de la persona para dar cuidado
- Preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados
- Condiciones (de la enfermera, de los individuos y la organización) que aumentan o disminuyen la posibilidad de suministrar los cuidados.
- Acciones de cuidado
- Resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el individuo y la enfermera (consecuencias).

Es importante reconocer que el modelo de cuidado de Kristen Swanson propone 5 conceptos básicos, que dan significado a los actos de cuidado y cuyo resultado final, será el bienestar del paciente después del IAM y posterior a su egreso de la institución.

- **Conocer:** La atención en un paciente con IAM comienza por conocer cómo la persona está experimentando los cambios que le ha traído este evento, qué conoce sobre los distintos procedimientos que le realizaron, cómo percibe la terapia, cómo el comportamiento de ésta puede afectar la estabilidad de la dinámica de vida de quien la padezca, pues en muchas oportunidades estas personas se sienten excluidas, por la sensación constante de fatiga y dolor que limita muchas veces su actividad (67).
- **Estar con:** Es hacer que la persona que sufrió un IAM, se dé cuenta que su experiencia es importante para el profesional de enfermería. Después de su egreso hospitalario, se sigue impartiendo cuidado, debido a la necesidad de los pacientes de sentir que los entienden y que están con ellos. Ese acompañamiento se transforma en

una ayuda para vivir y se desarrolla por apoyo a la persona mostrando disponibilidad y acompañamiento (67).

- **Hacer por:** Implica estar atento y actuar sobre las necesidades que experimenta la persona después de un IAM. Estas necesidades pueden darse desde el componente físico, psicológico y social y por lo tanto el profesional de enfermería debe estar listo a enfrentar y resolver hábilmente, estas situaciones a través de un seguimiento constante. Esto le permitirá a la persona poder llevar a cabo sus actividades cotidianas, cumplir con los tratamientos, dar seguimiento a síntomas inesperados, entre otros (67).
- **Posibilitar:** El profesional de enfermería implementa intervenciones que le permitan al paciente lograr su propio autocuidado, que es uno de los objetivos más importantes después del egreso. Este autocuidado se da por medio de una supervisión directa y permanente, ofreciendo la educación e información necesarias y ofreciendo apoyo durante los cambios experimentados durante este periodo de adaptación (67).
- **Mantener las creencias:** Es fomentar la confianza. Se continúa fortaleciendo el conocimiento hacia el paciente, se reconocen los logros alcanzados y se motiva a la persona para que no abandone lo obtenido. El rol de enfermería en este proceso es incentivar y felicitar al paciente cada vez que obtenga un logro o una meta en su propio cuidado. Implica acompañar a la persona a encontrar significado al evento isquémico experimentado y a los cambios en la propia vida (67).

La teoría de Kristen Swanson se ha utilizado para orientar la investigación y el cuidado de enfermería, en personas con enfermedad cardiovascular y otras situaciones de salud relacionadas. Se encontraron estudios como el de Rojas Espinoza y colaboradores, de la Universidad Autónoma del Estado de México quienes adaptaron el modelo para el cuidado de enfermería en adultos mayores. También el estudio de Lozano y Silva de la Universidad Nacional de Colombia aplicó esta teoría en pacientes con EPOC y ventilación mecánica no invasiva, hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo e intermedio de un hospital de tercer nivel de atención (70); así como el estudio de

Torrejano y Sotero, en una investigación sobre el cuidado y el bienestar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la clínica universidad de La Sabana. (68). Así mismo, el estudio de Wei, Roscigno y Swanson sobre las percepciones de los padres sobre el cuidado de los trabajadores de la salud, en niños con enfermedades congénitas del corazón hospitalizados por una cirugía del corazón (69).

Todo lo anterior, da cuenta de la versatilidad y uso de la teoría en diferentes situaciones de salud de las personas

### **3.7. Cuidado de enfermería a personas con IAM**

Enfermería ha desempeñado diferentes roles en el abordaje de la salud cardiovascular del individuo y específicamente en la atención de las personas durante y posterior a un IAM. Entre ellos se encuentran principalmente cuatro: Rol asistencial, rol administrativo o gerencia del cuidado, rol investigativo y rol educativo.

#### **3.7.1. Rol asistencial:**

Enfermería cubre actividades que inician desde la preparación del alta del paciente, hasta el seguimiento en etapas posteriores a su egreso. El objetivo de esta fase es disminuir las complicaciones generadas posteriores a la atención del IAM y preparar al paciente para cubrir las demandas físicas, psicológicas y sociales necesarias una vez que abandone el hospital (70). En esta fase se inicia la educación del paciente, para la modificación de los factores de riesgo, la orientación para su regreso a casa y las actividades cotidianas, pero puede surgir un afrontamiento familiar inefectivo, ya que de alguna u otra forma los pacientes no se sentirán cómodos con su condición, debido a que se le limitaran diversas actividades, dolor crónico, que se verá reflejado, en el momento de realizar algún ejercicio que requiera una exigencia fuerte, incumplimiento de tratamientos, se dará alteración en su rol y su forma de hacer relaciones, comprendiendo que su rol en la familia, posiblemente podrá ser debilitado por su limitaciones al presentar el antecedente de esta enfermedad. Enfermería participa activamente en la fase extrahospitalaria, en el proceso de rehabilitación cardíaca, en el seguimiento al paciente en su domicilio y en consulta externa, en actividades propias de prevención secundaria, explicar la

importancia de iniciar con un programa de actividad física, restituyendo habilidades psicofísicas pérdidas, con el fin de lograr la mayor capacidad funcional posible y sobre todo animarlo a retomar sus actividades y vínculos en el menor tiempo posible (71).

### **3.7.2. Rol administrativo:**

El profesional de la salud debe organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados de enfermería, con la finalidad de brindar atención segura, oportuna y continua, a través de la promoción de un liderazgo efectivo, en la gestión de los equipos de trabajo de su dependencia (70). Enfermería está atenta para contar con todos los insumos y equipos necesarios para la atención de pacientes, además es responsable de su distribución en los diferentes horarios y grupos de seguimiento, también lleva a cabo el registro de información en la historia clínica y está pendiente de la evolución de los pacientes dentro del programa de rehabilitación cardíaca, brindándole supervisión al paciente y su familia (72,74).

### **3.7.3. Rol investigativo:**

Desde el enfoque investigativo es importante generar nuevos conocimientos y enfermería ha logrado grandes avances referente al autocuidado, la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, las estrategias educativas y el seguimiento por visitas domiciliarias y llamadas telefónicas de los pacientes con IAM (71); donde se exploran aspectos del auto manejo de la enfermedad, ya que una vez egresan de las instituciones deben adaptarse a una nueva vida (73).

Algunos estudios que aborda enfermería en el ámbito cardiovascular después de un IAM, son el desarrollado por Nava y colaboradores titulado “Proceso de enfermería para pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM)”, que identifica los problemas de salud reales y potenciales, que permiten la toma de decisiones frente al cuidado de una persona en el postinfarto, este artículo establece que la persona que ha presentado un IAM y ha tenido una evolución satisfactoria, debe continuar trabajando sobre el control de los factores de riesgo, por lo cual la educación que realiza enfermería es importante y representa un reto, en la medida que las modalidades del tratamiento se hacen más complejos (75). También el estudio de Rubio Sevilla, titulado “Papel de enfermería en el

tratamiento de las principales alteraciones electrocardiográficas: síndrome coronario agudo” realizado en Madrid demuestra cómo la enfermera de cardiología tiene la responsabilidad de implementar en su práctica clínica, conocimientos para permitir mejoras en el diagnóstico, el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. Esto implica el conocimiento de riesgos como hemorragias o trombosis, el manejo y cuidado de los medicamentos como: Los antiagregantes plaquetarios, anti isquémicos o antianginosos, y también destacan la importancia de generar intervenciones, sobre estilos de vida saludables; todo lo anterior para prevenir un nuevo evento cardiovascular (76). Así mismo el estudio de Rodríguez y Cañón titulado: “Seguimiento de enfermería a un paciente con infarto agudo de miocardio: un reto de vida”, evidencias las distintas necesidades básicas que un paciente, necesitaba luego de sufrir un IAM. Aplicaron los dominios de NANDA para evaluar en su domicilio, e incluyeron intervenciones dirigidas a mejorar su nutrición, patrón de sueño, afrontamiento en su diario vivir con la enfermedad, todo ello con el apoyo de su familia. Este seguimiento en el domicilio permite crear y mantener un vínculo, entre paciente-profesional de enfermería-servicios de salud, contribuyendo a optimizar los cuidados según las expectativas y necesidades de la persona, con el fin de lograr una recuperación y equilibrio entre el componente físico y emocional (77).

Aunque existen contribuciones importantes en la mejora de las condiciones de vida del paciente con IAM, sigue siendo un reto para los profesionales de la salud, la implementación de estrategias dirigidas a disminuir barreras de adhesión al tratamiento. Enfermería juega un papel importante con el aporte desde sus intervenciones tal y como lo muestran los estudios.

#### **3.7.4. Rol educativo:**

La intervención educativa que promueve el profesional de enfermería va encaminada a ayudar al paciente a comprender su enfermedad, estableciendo un ambiente de confianza que les permita expresar sus dudas, inquietudes y temores, fortaleciendo de esta manera el aspecto físico y emocional de los usuarios e incentivando la participación de la familia en el cuidado. Esto contribuye al proceso de adopción, de cambios frente a los estilos de vida, procedimientos de diagnóstico y tratamiento. En este sentido, la enfermería orienta

los cuidados con cada uno de los medicamentos y la alimentación, explica los factores de riesgo y ofrece estrategias sobre la manera de controlar aquellos factores que son modificables (78). También enseña ejercicios respiratorios y técnicas de relajación, signos de alarma ante posibles nuevos cuadros isquémicos, entre otros (70). En este rol, es importante el apoyo psicológico, por eso en el estudio de Turner y colaboradores se abordan las opiniones de pacientes y enfermeras, sobre la atención psicológica dentro de los servicios de rehabilitación cardíaca. Los pacientes entrevistados abogaron por que el apoyo psicológico comenzará antes, ya sea durante su estancia hospitalaria, después de un evento cardíaco, o al momento del alta hospitalaria, ya que durante las primeras semanas se sienten sin apoyo, solos y alejados posteriormente. Los pacientes valoran el apoyo psicológico que las enfermeras brindan dentro del programa de rehabilitación cardíaca, pero existe una barrera que es el tiempo limitado, debido a las cargas de trabajo existentes. Por lo anterior sugieren una coordinación con los demás miembros del equipo, para poder ofrecer estas intervenciones psicológicas a los pacientes, dentro de los programas de rehabilitación cardíaca (79). Algunos estudios, además muestran programas educativos diseñados por enfermería o donde enfermería participa, como en el caso del estudio de Choure y colaboradores, que buscaba mejorar el conocimiento de las enfermeras que se encuentran en rehabilitación cardíaca (64). Adicionalmente el estudio de Su Jing y Fu yu D, tiene como objetivo desarrollar una intervención de NeCR (Rehabilitación cardíaca de eHealth dirigida por enfermeras) e investigar su eficacia, en los resultados de salud de los pacientes. Esta intervención está respaldada por la teoría cognitiva social y el modelo de empoderamiento del paciente, para mejorar la información en línea a los cambios de comportamiento de salud reales (59). Los resultados mostraron una mejora significativa en la actividad física, la calidad de vida y la rehospitalización, pero no se observaron muchos cambios sobre la dieta, el tabaquismo, la ansiedad y la depresión. Con esta intervención se fomenta la participación, toma de decisiones de autocuidado con su profesional de la salud y el uso proactivo de la plataforma electrónica, que son recursos para la autogestión, brindando así, una atención continua de un paciente dado de alta en su hogar después de un evento cardíaco (60).



## 4. MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se presenta la estructura metodológica que permitió el desarrollo del estudio.

### 4.1. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

- Es cuantitativo ya que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.
- Es descriptivo debido a que, su objetivo es la descripción de las cualidades de un fenómeno. En este caso, ese fenómeno se centra en las características de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio y han recibido intervención médica o quirúrgica.
- Es transversal, debido a que la medición se realizará en un único momento posterior a la ocurrencia del IAM en el paciente.

### 4.2. Universo, población y muestra

**Universo:** Pacientes que sufrieron un IAM en Colombia

**Población:** Personas de la ciudad de Bogotá o de cualquier lugar del país, que hayan sufrido un IAM en el pasado y que puedan ser contactadas telefónicamente o por correo electrónico.

**Muestra:** Personas contactadas de Bogotá o de cualquier lugar del país, entre los meses de abril a agosto de 2021, que hayan sufrido un IAM y que cumplen los criterios de inclusión.

### **4.3. Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra para este estudio estuvo representado en el número de pacientes que aceptaron participar en el estudio y cumplieron los criterios de inclusión, durante el periodo de abril y junio del 2021. El número total de los participantes que conformaron la muestra correspondió a 101 personas.

### **4.4. Técnica de muestreo**

Para el estudio se empleó un muestreo no probabilístico, combinando el muestreo por conveniencia y en bola de nieve.

El muestreo por conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio que selecciona la muestra de acuerdo con la facilidad de acceso o disponibilidad de las personas de la población, en un periodo de tiempo. En este caso se envió una invitación vía correo electrónico a programas institucionales de cardiología, asociaciones de pacientes o de cuidadores reconocidos por los investigadores, docentes y estudiantes de la Facultad, entre otras, con el fin de invitar a los interesados a participar en el estudio (80).

El muestreo por bola de nieve es una técnica de muestreo no probabilística en la que los participantes del estudio ayudan a reclutar a nuevos participantes entre sus conocidos. En este caso, se inició un primer acercamiento con los conocidos del grupo de investigadores y a partir de allí se comenzó este proceso de reclutamiento (81).

### **4.5. Justificación del tamaño de la muestra y la técnica de muestreo**

Dada la actual situación de pandemia en que se encuentra el país y el mundo, todos los seres humanos han tenido que realizar cambios y procesos de adaptación para asumir esta nueva realidad; y los investigadores en salud no han sido la excepción, especialmente en aquellos que realizan estudios con pacientes, familias y comunidades. Desde que la pandemia inició, las instituciones donde se atienden a los pacientes con IAM han cerrado sus puertas a todos los procesos de investigación, para centrar su interés en la atención de los pacientes, dejando de lado otros de sus procesos misionales.

La ciudad de Bogotá y el resto del país han atravesado dos alertas rojas (82,83,84), con restricciones en la movilidad, cierres de localidades y UPZ, entre otras. Esta situación puede repetirse en el tiempo, hasta tanto no se logren las metas de vacunación esperadas y se mantengan las medidas de protección en la población (85).

Todo lo anterior, llevó al grupo de investigación a buscar alternativas para acceder a la población de pacientes que sufrieron un IAM a través de estrategias de muestreo no probabilístico como la bola de nieve y el muestreo por conveniencia, de tal manera que los investigadores cumplieron su requisito de trabajo de grado y sus competencias de investigación.

La información fue recabada de manera virtual a través de videollamada o llamada telefónica.

#### **4.6. Criterios de inclusión**

- Personas mayores de 18 años
- Personas que hayan sufrido un infarto de miocardio
- Personas con posibilidad de participar por vía telefónica o videollamada.

#### **4.7. Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas
- Personas que presenten alteraciones hemodinámicas
- Personas con alteraciones cognitivas o dificultades de comunicación
- Personas que no cuenten con servicio telefónico o internet.

#### **4.8. Cuestionarios de medición**

En este proyecto de investigación se utilizó una encuesta construida por los investigadores del proyecto docente, la cual recibió retroalimentación por parte de algunos expertos.

## 4.9. Cuestionario de clasificación sociodemográfica y salud cardiovascular

El cuestionario de clasificación sociodemográfica tiene 14 preguntas, relacionadas con: la edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, características de la ubicación de la vivienda, nivel educativo, ocupación, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, estrato socioeconómico, información de convivencia, personas a cargo, comorbilidades que presenta, diagnóstico actual y factores de riesgo modificables.

## 4.10. Encuesta de Salud Cardiovascular<sup>1</sup>

La encuesta de salud cardiovascular está dividida por 4 grandes categorías:

- **Desenlaces físicos y capacidad de funcionar adecuadamente:** Esta categoría estuvo compuesta por 10 preguntas, donde la persona tuvo la posibilidad de elegir su respuesta con preguntas que tenían entre 2 a 4 opciones de respuesta. (Esta categoría abordó aspectos físicos y funcionales del paciente).
- **Desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado:** Esta segunda categoría estuvo compuesta por 13 preguntas de selección múltiple con el objetivo de que la persona tuviera la posibilidad de elegir su respuesta a las preguntas que tenían entre 2 a 5 opciones de respuesta, para facilitar su diligenciamiento. (Esta categoría abordó aspectos de cuidado personal frente a su situación de salud posterior al IAM).
- **Desenlaces sociales y requerimiento de apoyo:** Esta categoría estuvo conformada por 8 preguntas de selección múltiple. Cada pregunta tuvo de 2 a 5 opciones de respuesta para la elección por parte de la persona. (Esta categoría abordó aspectos psicológicos y sociales del paciente)
- **Seguimiento por parte del personal de enfermería:** Un mes posterior al evento miocárdico: Estuvo compuesta 9 preguntas, con 2 a 5 opciones de respuesta (Esta

---

<sup>1</sup> La encuesta no cuenta con las pruebas de validez y confiabilidad. Solamente tiene valoración por expertos. Esto se debe a que la investigación docente no pudo llevar a cabo el proceso de validez y confiabilidad debido a las actuales restricciones que existen en las IPS para la realización de estudios por la pandemia. Se reconoce que esto es una limitante en los resultados del estudio.

categoría abordó aspectos de la atención de enfermería recibida durante el periodo comprendido entre el egreso y el primer mes posterior al IAM).

Por otro lado, con el fin de evitar los sesgos en la administración de la encuesta y con el fin de garantizar el rigor, se tuvo en cuenta los aspectos contemplados por Martín-Arribas:

- **Error de tendencia central:** la tendencia a elegir entre las diferentes opciones de respuesta, las centrales. Para evitar este sesgo, el cuestionario implementó diferentes formas de respuesta y nivel de medición que garantizan la variabilidad en las respuestas dadas por el participante. (86)
- **Deseabilidad social:** que se produce cuando se responde en función de lo que se considera socialmente aceptable. Para evitar este sesgo se solicitó al participante toda la honestidad posible con el diligenciamiento y así mismo, la forma de obtener la información (vía telefónica o virtual) puede garantizar que la persona se sienta menos limitada a responder con la verdad. (86)
- **Sesgo de aprendizaje o de proximidad:** induce a contestar de forma similar a las respuestas anteriores. Debido a que la encuesta tiene un orden en su estructura, es difícil que conteste de manera similar otras preguntas. (86)

Finalmente, se tuvo en cuenta que la redacción de la encuesta (evitará las preguntas de comprensión dudosa, preguntas dobles, entre otras).

#### **4.11. Procedimiento de obtención de la información**

La recolección de la información se realizó a los pacientes que hayan padecido un evento isquémico cardíaco en algún momento de su vida. Los participantes se reclutaron por invitación vía correo electrónico a programas institucionales de cardiología, asociaciones de pacientes o de cuidadores reconocidos por los investigadores con el fin de invitar a sus usuarios a participar en el estudio. Así mismo, se realizó una búsqueda de pacientes entre los conocidos del grupo de investigadores que pudieron haber presentado esta condición en el pasado.

Una vez identificado el participante, se contactó por correo electrónico o llamada telefónica para explicar el estudio y la forma en que participa respondiendo las preguntas del cuestionario. En este espacio se definió la forma en que el paciente quiso participar (videollamada o llamada telefónica), así como la fecha y hora.

Una vez el paciente estuvo de acuerdo, se realizó el envío del consentimiento informado por vía correo electrónico o WhatsApp, junto con el instrumento de tal manera que él mismo pudo marcar el cuestionario o dado el caso, pudo conectarse por videollamada para diligenciar el cuestionario en compañía de los investigadores, que lo apoyaron en este proceso. Los investigadores también pudieron realizar lectura de las preguntas por vía telefónica al paciente, una vez éste haya registrado la aceptación de su participación a través del consentimiento informado.

Luego de haber administrado el cuestionario, se asignó un código a cada participante y la información fue registrada y transcrita en una base de datos en Excel, donde finalmente se procedió a realizar todo el análisis estadístico en el programa SPSS versión 25.

Es importante manifestar que los datos proporcionados por los participantes fueron conocidos únicamente por los estudiantes y docente asesora del proyecto. Terminado el estudio, la custodia de toda la información está a cargo de la docente asesora: Lina María Vargas Escobar, tal como lo estableció el comité de Ética Institucional de la Universidad El Bosque.

Finalmente, la socialización de los resultados a los participantes se realizará a través de una sesión virtual, una vez culminado el estudio, que se programará para el mes de diciembre de 2021. La invitación será enviada a través de correo electrónico y/o mensaje de texto a los celulares de los participantes.

#### **4.12. Análisis de datos**

El análisis estadístico comprendió la utilización de estadísticas descriptivas, tales como medidas de tendencia central: medias, medianas, percentiles, tablas y gráficas de acuerdo con el comportamiento de los datos.

## 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio se tuvieron en cuenta pautas que deben aplicarse en la revisión ética de los protocolos de investigación, que se estipulan en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos principios éticos se consideran universales y se centran en normas y principios para proteger a los seres humanos en una investigación, es fundamental contar tanto con virtudes, como con protecciones para salvaguardar los derechos y el bienestar de los seres humanos (87).

La categoría de la investigación según Resolución 8430 de 1993, en el capítulo I artículo 11 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, hace referencia a que es un estudio de “Investigación sin riesgo”, donde se utilizaron métodos de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Se realizó la aplicación de un cuestionario, que no generó ninguna afectación en la salud de los participantes en el estudio (88).

Para garantizar los derechos de los participantes en el estudio, la claridad en la información suministrada y obtener la aceptación de los pacientes para participar en el estudio, se creó un consentimiento informado en una versión de documento Word y en una versión digital, con el fin de que este pueda ser comprendido fácilmente por los participantes.

En este sentido, para dar cumplimiento a la Ley 911 del 2004 en el capítulo IV y artículo 29, en el cual el profesional de enfermería en el proceso de investigación, tiene la responsabilidad de salvaguardar la privacidad de los participantes, así mismo su dignidad, integridad y los derechos de los seres humanos como principio ético fundamental, en este estudio se aplicaron éstas disposiciones éticas y legales según la normatividad de Colombia para ejercer el ejercicio de la profesión de Enfermería (89).

En esta investigación la bioética juega un papel importante durante el desarrollo de este proyecto, ya que se implementaron principios como beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, ejerciendo así la responsabilidad deontológica de lo que dispone la profesión y además se tuvieron en cuenta a las personas como un ser integral, manifestando así su libertad para informarnos sobre su experiencia del cuidado de la salud.



## 6. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados que dieron cumplimiento al objetivo del estudio que consiste en describir los resultados de salud cardiovascular y el cuidado de enfermería recibido después de un IAM.

### 6.1. Características sociodemográficas de los pacientes que sufrieron un IAM

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los 101 participantes en el estudio.

**Tabla 1.** Caracterización sociodemográfica de los pacientes que sufrieron un IAM

Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
	<b>Med.</b>		<b>63.6 (11,4) *</b>
<b>Edad</b>	30 - 39	2	2,0
	40 - 49	7	6,9
	50 - 59	27	26,7
	60- 69	38	37,6
	70 - 79	18	17,8
	80- 89	7	6,9
	> 90	2	2,0
<b>Sexo</b>	Hombre	68	67,3
	Mujer	33	32,7
<b>Estado civil</b>	Soltero	10	9,9
	Casado	53	52,5

<b>Variable</b>	<b>Rangos/Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
	Unión libre	21	20,8
	Divorciado	8	7,9
	Viudo	9	8,9
<b>Lugar de residencia</b>	Bogotá	69	68,3
	Otra	32	31,7
<b>Ubicación de la vivienda</b>	Urbana	80	79,2
	Rural	21	20,8
<b>Estudios</b>	Ninguno	2	2,0
	Primaria	23	22,8
	Secundaria	12	11,9
	Bachiller	31	30,7
	Técnico/Tecnólogo	15	14,9
	Universitario	18	17,8
<b>Ocupación</b>	Empleado	29	28,7
	Independiente	25	24,8
	Pensionado	25	24,8
	Desempleado	7	6,9
	Hogar	15	14,9
<b>Afiliación al SGSSS</b>	Contributivo	82	81,2
	Subsidiado	17	16,8
	Complementario	2	2,0
<b>Estrato socioeconómico</b>	Estrato 1	3	3,0
	Estrato 2	25	24,8

Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
	Estrato 3	50	49,5
	Estrato 4	15	14,9
	Estrato 5	7	6,9
	Estrato 6	1	1,0
<b>Personas con las que convive</b>	Solo	5	5,0
	Cónyuge	35	34,7
	Cónyuge con hijos	37	36,6
	Hijos	18	17,8
	Padres	2	2,0
	Hermanos	2	2,0
	Otros	2	2,0
<b>Personas a cargo</b>	1 - 2 personas	84	83,2
	3 - 4 personas	15	14,9
	Más de 5 personas	2	2,0

\* Desviación estándar

Los participantes del estudio se ubican en edades superiores a los 50 años (90%) y la mayoría son del sexo masculino. Al evidenciar los datos se pudo identificar que alrededor del 73% de los participantes tiene una pareja estable con la cual conviven, principalmente en la ciudad de Bogotá; sin embargo, es importante resaltar que los demás participantes residen en departamentos como lo son Cundinamarca (representado en municipios como Zipaquirá, Mosquera, Soacha, Fusagasugá, Chía, Cajicá, entre otros); Antioquía (específicamente de Medellín), Tolima (en la ciudad de Ibagué) y Boyacá (en Sogamoso) donde la mayoría de sus viviendas se ubica en zonas urbanas, lo cual permite deducir que esta población tiene acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, en cuanto a la formación académica de los participantes, alrededor del 63% terminó la educación secundaria, obteniendo el título de bachiller académico. Además, se observa que la ocupación de los participantes es la de empleado, trabajador independiente y pensionado, y que alrededor del 83% tiene afiliación al SGSSS en el régimen contributivo. De igual forma, la mayoría de los participantes residen en estrato socioeconómico 2 y 3, el 95% vive con algún familiar o acompañante y tienen de 1 a 2 personas a cargo.

**Tabla 2.** Comorbilidades de los pacientes que sufrieron un IAM

Variable	Rangos	Categorías	Frecuencia	%
Comorbilidades	Ninguna	Si	8	7,9
		No	93	92,1
	EPOC	Si	16	15,8
		No	85	84,2
	Hipertensión arterial	Si	56	55,4
		No	45	44,6
	Insuficiencia cardiaca	Si	32	31,7
		No	69	68,3
	Diabetes Mellitus	Si	32	31,7
		No	69	68,3
	Otros	Si	18	17,8
		No	83	82,2

Con respecto a las comorbilidades que presentan los sujetos de estudio, se puede evidenciar que en su mayoría (56%) padecen de hipertensión arterial y una minoría, pero no menos importante (17,8%) manifestaron la presencia de otras patologías de base como lo son la artritis degenerativa, artrosis, trombosis, hipotiroidismo, asma,

osteoporosis, hipertensión pulmonar, derrame cerebral, angina y enfermedad coronaria de flujo lento.

**Tabla 3.** Factores de riesgo modificables de los pacientes que sufrieron un IAM

Variable	Rangos	Categorías	Frecuencia	%
<b>Factores de riesgo modificables</b>	Ningún factor de riesgo	Si	19	18,8
		No	82	81,2
	Tabaquismo	Si	13	12,9
		No	88	87,1
	Sedentarismo	Si	55	54,5
		No	46	45,5
	Sobrepeso/obesidad	Si	33	32,7
		No	68	67,3
	Alcoholismo	Si	7	6,9
		No	94	93,1
	Otros	Si	3	3
		No	98	97

En cuanto a los factores de riesgo modificables se pudo observar que la gran mayoría de los participantes presentan algún factor de riesgo (81,2%). Así mismo, más de la mitad de los participantes (54,5%) es sedentario y alrededor del 33% sufre de sobrepeso u obesidad. Es interesante observar que alrededor del 20% aún consumen alcohol o tabaco, por lo que, a pesar del evento cardiovascular sucedido, algunos de ellos siguen descuidando su salud. Algunos de ellos informaron que presentaban estrés o alimentación inadecuada como factores de riesgos modificables (3%).

## **6.2. Desenlaces físicos y capacidad de funcionar adecuadamente**

Los desenlaces físicos y la capacidad de funcionar adecuadamente se relacionan con el proceso de recuperar la normalidad de la vida diaria adaptándose a nuevos cambios y estilos de vida, donde además pueden aparecer síntomas que dificultan la realización de actividad física por parte de las personas que sufrieron un IAM. Por ello la rehabilitación cardiaca y la actividad física posterior mejora la calidad de vida del paciente y mejora el pronóstico del evento al ofrecer acompañamiento y apoyo al paciente siempre y cuando su abordaje se haga de manera integral.

En este apartado es interesante observar que alrededor del 78% de los participantes perciben que su salud es buena o se mantiene estable a pesar del evento cardiovascular del pasado; además se evidencia que un poco más de la mitad de los pacientes (50,5%) ha tenido que reducir el tiempo de trabajo o actividades cotidianas porque presentaron algún problema físico. La mayoría de los participantes manifiestan que se han sentido sin falta de energía o han experimentado agotamiento (68,3%), también es interesante observar que el 53,6% de los pacientes refieren que el dolor les impide realizar actividades cotidianas y esta afectación en la mayoría de ellos, les limita realizar a actividades cotidianas como ir al trabajo o realizar actividades domésticas.

Al preguntar acerca de la dificultad que pudieron presentar las personas del estudio en cuanto a tener relaciones sexuales, alrededor del 64% de los participantes refieren que han tenido dificultados en algunas ocasiones y tiene frecuentemente esta dificultad.

En cuanto a las características de la vivienda, la mayoría de los pacientes refieren que no cuentan con ascensor en su domicilio y además el 58,4% de los encuestados tienen que subir entre 1 a 5 pisos para llegar a su casa, lo que indica dos aspectos: los participantes se ven obligados hacer algo de actividad física para llegar a sus casas, lo cual es positivo desde los aspectos cardiovasculares; sin embargo, también implicar una dificultad dado que estas personas (64,3%) están entrando en el grupo etario de adulto mayor que les dificulta el acceso por el deterioro funcional que se adquiere con la edad.

**Tabla 4.** Desenlaces Físicos y capacidad de funcionar adecuadamente

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
1	Salud física actual, comparada con la de antes de presentar el evento cardiovascular	Buena	58	57,4
		Podría mejorar	21	20,8
		Regular	17	16,8
		Mala	5	5,0
2	Reducción de actividades cotidianas por presentar problemas físicos	Si	51	50,5
		No	50	49,5
3	Sensación de agotamiento o falta de energía	Siempre	6	5,9
		Casi siempre	11	10,9
		A veces	52	51,5
		Casi nunca	17	16,8
		Nunca	15	14,9
4	El dolor dificulta la realización de actividades cotidianas	Sí, mucho	12	11,9
		Sí, un poco	42	41,6
		No, para nada	47	46,5
5	El dolor físico en alguna zona del cuerpo ha impedido realizar su trabajo habitual	Mucho	9	8,9
		Regular	16	15,8
		Un poco	33	32,7
		Nada	17	16,8
		No aplica	26	25,7
6	Dificultad para tener relaciones sexuales después del evento cardiovascular	Siempre	4	4,0
		Casi siempre	6	5,9
		A veces	32	31,7

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
		Casi nunca	23	22,8
		Nunca	36	35,6
7	Ascensor en su vivienda	Si	31	30,7
		No	70	69,3
8	Pisos para acceder a la vivienda	0 pisos	28	27,7
		Entre 1 - 3 pisos	43	42,6
		Entre 4 - 5 pisos	16	15,8
		Más de 5 pisos	14	13,9

### 6.3. Desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado

Los desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado se relacionan con el fuerte impacto emocional que padecen las personas después del IAM, donde se manifiesta niveles de ansiedad y depresión no solo a las tensiones normales de la vida cotidiana (como el trabajo, la familia y otras obligaciones); sino además por la preocupación personal sobre su estado de salud cardiovascular y sus decisiones de autocuidado. Estos estados emocionales se consideran factores de riesgo importantes, que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes.

El 87% de los pacientes consideran que realizan “buenas” acciones para mantener estable su situación de salud. Respecto a la salud mental de los participantes, pudo establecerse que la mayoría de ellos considera que es buena (73%); sin embargo, alrededor del 8% considera que es regular o no es muy buena; acerca de niveles de ansiedad o angustia el 47,6% refieren experimentar estos síntomas por su situación de salud actual, además alrededor del 39,6% de ellos considera haber sentido frustración o enojo después del evento cardiovascular. Es interesante mencionar que la mayoría de los participantes se ha sentido feliz o por lo menos ha experimentado esta emoción; sin embargo, es importante mencionar que el 7,9 % no ha experimentado la felicidad o ha sido muy pocas veces. Se encontró también que alrededor del 30% de los participantes



considera que han perdido el interés por las cosas y el 39,7% de ellos han sentido que les falta la voluntad para poder cuidarse adecuadamente por sí mismo.

La mayoría de los participantes (91%) refieren que han realizado cambios en sus hábitos alimenticios después del evento cardiovascular para mantener o mejorar su peso corporal, también el 67,3% manifiesta que ha aumentado la cantidad y la calidad de ejercicio físico después del evento. La mayoría de los participantes expresaron obtener información sobre su situación de salud y consultan aquello que no conocen o no entienden. También informaron de que ellos examinan su cuerpo con regularidad para evidenciar si ha surgido algún cambio (74%), además el 91% refiere haber cambiado hábitos no saludables para mejorar su situación de salud y la mayoría (75%) considera que no han presentado dificultades para poder concentrarse.

**Tabla 5.** Desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
9	Salud mental en la actualidad	Buena	74	73,3
		Podría mejorar	19	18,8
		Regular	6	5,9
		Mala	2	2,0
10	Las acciones para mantener su salud son buenas	Siempre	51	50,5
		Casi siempre	37	36,6
		A veces	13	12,9
11	Percepción de ansiedad o angustia con respecto a la situación actual de salud	Siempre	5	5,0
		Casi siempre	11	10,9
		A veces	32	31,7
		Casi nunca	28	27,7
		Nunca	25	24,8
12	Percepción de enojo o frustración	Siempre	4	4,0

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
	después del evento cardiovascular	Casi siempre	10	9,9
		A veces	26	25,7
		Casi nunca	30	29,7
		Nunca	31	30,7
13	Niveles de felicidad en el último mes	Muy feliz	44	43,6
		Ligeramente feliz	32	31,7
		Algo feliz	17	16,8
		Poco feliz	7	6,9
		Nunca me he sentido feliz	1	1,0
14	Ha perdido el interés por las cosas	Siempre	1	1,0
		Casi siempre	3	3,0
		A veces	27	26,7
		Casi nunca	27	26,7
		Nunca	43	42,6
15	Sensación de pérdida de voluntad para cuidarse adecuadamente	Siempre	3	3,0
		Casi siempre	5	5,0
		A veces	32	31,7
		Casi nunca	21	20,8
		Nunca	40	39,6
16	Cambios alimenticios para mejorar su salud después del evento cardiovascular	Si	92	91,1
		No	9	8,9
17	Después del evento cardiovascular ha	Si	68	67,3

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
	aumentado la cantidad y calidad de ejercicio físico	No	33	32,7
18	Suele obtener información sobre su situación de salud y consulta lo que no entiende	Si	90	89,1
		No	11	10,9
19	Examina su cuerpo con regularidad para observar cambios	Si	75	74,3
		No	26	25,7
20	Ha cambiado hábitos no saludables después del evento cardiovascular para mejorar su salud	Si	92	91,1
		No	9	8,9
21	Ha tenido dificultad para concentrarse	Si	25	24,8
		No	76	75,2
22	Ha perdido el apetito después del evento cardiovascular	Aumentó	14	13,9
		Disminuyó	38	37,6
		Continúa igual	49	48,5
23	Consumo de medicamentos actualmente	1 a 3 medicamentos	9	8,9
		4 a 6 medicamentos	57	56,4
		7 a 9 medicamentos	27	26,7
		10 o más	8	7,9
24	Conocimiento de la función de cada medicamento	Si	89	88,1
		No	12	11,9
25	Cuántas veces olvidó consumir algún medicamento la última semana	Ninguna	78	77,2
		1 - 2 veces	18	17,8

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
		3 - 4 veces	4	4,0
		Más de 5 veces	1	1,0
26	Ha presentado efectos adversos a los medicamentos	Si	20	19,8
		No	81	80,2

Igualmente, respecto a los desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado, es posible establecer que la mayoría de los participantes (48,5%) no ha presentado cambios significativos en su apetito; sin embargo, el 37,6% refiere que ha disminuido o en contraste que aumentó en el 13,9% de los participantes.

Por otro lado, el (31,7%) de los participantes, considera que a veces puede sentir ansiedad o depresión con respecto a la situación de salud actual, lo cual es relevante si se tiene en cuenta que los síntomas depresivos y la ansiedad, reduce en muchos casos la oportunidad de desarrollar estilos de vida saludables y la adherencia a pautas dirigidas a reducir el riesgo de futuros episodios. A pesar de que el 91% de los participantes refieren haber realizado cambios en los hábitos alimenticios para mejorar su peso corporal, las situaciones psicológicas como las mencionadas pueden influir en condiciones de inapetencia o ganancia de peso no deseada, lo que puede llevar a nuevos eventos isquémicos en el futuro.

De otra manera, se encontró que el 56,4% de los participantes tienen formulados de 4 a 6 medicamentos, y que el 7,9% tiene más de 10 medicamentos formulados, lo cual puede estar relacionado con que la mayoría de los participantes del estudio pertenecen a la población adulta mayor (37,6%), lo cual se relaciona a su vez con la presencia de diferentes comorbilidades como la hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardiaca, que llevan al consumo de medicamentos para su tratamiento.

Al indagar sobre la función de sus medicamentos el 88,1% de los participantes refirió que conoce la función de los mismos, no obstante el 11,9% aún no la conocen, lo cual puede estar relacionado con falta de información que brinda enfermería, ya que como se evidencia en la pregunta 41, solo el 18,3 %, fue puesto al tanto de la función de los

medicamentos que consume por parte del personal de enfermería en las diferentes llamadas de seguimiento que le fueron realizadas, en comparación con el 39,60% que recibió información sobre sus próximos controles médicos.

Adicionalmente el 77.2% de los participantes, niegan haber olvidado consumir algún medicamento en la última semana, no obstante, el 17.8% lo ha olvidado en la última semana, con una frecuencia de 1 o 2 veces; lo cual puede estar relacionada directamente con el horario, la cantidad de medicamentos que consume y la edad de los participantes, tal como se presentará más adelante en la discusión de acuerdo con los estudios publicados.

Por otro lado, se encontró que un porcentaje importante de los participantes (80,2%) refiere que no ha presentado ningún efecto adverso o secundario con sus medicamentos; sin embargo, un 19.8% refiere haberlos presentado, siendo los más predominantes síntomas como tos, náuseas y diarrea, lo cual puede estar implícito en lo mencionado anteriormente en relación con el tipo de población de los participantes del estudio.

#### 6.4. Desenlaces sociales y requerimiento de apoyo

**Tabla 6.** Desenlaces sociales y requerimiento de apoyo

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
27	Relaciones sociales y de apoyo en la actualidad	Buenas	80	79,2
		Podrían mejorar	15	14,9
		Regulares	6	5,9
28	Dificultad para expresar sus sentimientos a otras personas	Siempre	6	5,9
		A veces	41	40,6
		Nunca	54	53,5
29	Sentimiento de carga para los demás	Siempre	3	3,0
		Casi siempre	6	5,9

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
		A veces	18	17,8
		Casi nunca	16	15,8
		Nunca	58	57,4
		Siempre	26	25,7
		Casi siempre	20	19,8
<b>30</b>	Sentimiento de que su familia lo cuida más que antes con tendencia a la sobreprotección	A veces	39	38,6
		Casi nunca	7	6,9
		Nunca	9	8,9
<b>31</b>	Sentimiento de apoyo familiar	Si	101	100

Los desenlaces sociales y requerimiento de apoyo se relacionan especialmente con la socialización con otros y en el apoyo en actividades como la práctica de ejercicio físico, alimentación saludable y adherencia al tratamiento médico.

Se evidencio en el estudio que el 79.2% de los participantes tienen buenas relaciones sociales, lo que indica que posterior al evento cardiovascular presentado no se impactó significativamente las actividades sociales de los participantes. También se evidencian buenas redes de apoyo representadas por la familia, al considerar que la mayoría de los participantes tiene una pareja estable y además convive con sus hijos. Este sentimiento de apoyo de sus familias es expresado en el 100% de los participantes, pero un 38,6% manifiesta que sienten que su familia tiende a la sobreprotección.

Por otro lado, se resalta que el 40,6% de los sujetos a veces tiene dificultades para expresar sus sentimientos, como se describe en los desenlaces psicológicos, estos sujetos tienen un impacto emocional que se manifiesta con la presencia de estados emocionales de ansiedad y depresión asociados no solo a las tensiones normales de la vida cotidiana (como el trabajo, la familia y otras obligaciones); sino además por la preocupación personal sobre su estado de salud cardiovascular, adicional los sujetos también pueden pensar que representan una carga para sus familiar, como se sustenta en la pregunta

número 29 que está relacionada con el sentimiento de carga para los demás, donde el 26,7% de los participantes casi siempre o a veces refieren sentirse de esta manera.

En el presente estudio se pudo evidenciar que el 79.2% de los participantes tiene buenas relaciones sociales, lo que indica que posterior al evento cardiovascular presentado no se impactó significativamente en la interacción con otros, evidenciándose buenas redes de apoyo. Esto puede estar representado en parte por la familia, si se considera que la mayor parte de los participantes tiene una pareja estable y además convive con sus hijos. Esto se corroboró en la manifestación del sentimiento de apoyo de sus familias en el 100% de los participantes.

Por otro lado, se encontró que el 40.6% de los sujetos del estudio a veces tiene dificultades para expresar sus sentimientos, situaciones como el temor a ser juzgados o simplemente el no querer ser una carga para sus familiares pueden llevar a no expresarse, tal como se observa en la pregunta 29 donde el 17.8% de participantes refiere que a veces se sienten como una carga para su familia.

**Tabla 7.** Seguimiento por parte del personal de enfermería

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
32	Recibió todos los medicamentos por parte de su EPS asegurador al momento del egreso hospitalario	Si	96	95,0
		Parcialmente	5	5,0
33	El sitio de dispensación de los medicamentos queda cerca del lugar de residencia	Si	65	64,4
		No	36	35,6
34	El personal de enfermería lo ha contactado telefónicamente o por correo electrónico para agendar una consulta presencial después del evento cardiovascular	Si	70	69,3
		No	31	30,7
35	Número de llamadas recibió por parte del personal de enfermería	0 llamadas	23	22,8
		1 a 2 llamadas	39	38,6

#	Variable	Rangos/Categoría	Frecuencia	%
		2 a 4 llamadas	22	21,8
		Más de 4 llamadas	17	16,8
36	Asistencia a las terapias de rehabilitación cardiaca	Sí, a todas	63	62,4
		Sí, a algunas	21	20,8
		No, a muy pocas	6	5,9
		No he asistido	11	10,9
37	La información e indicaciones proporcionadas por el personal de Enfermería fueron	Pertinentes y útiles para atender mi situación de salud	83	82,2
		Algo pertinentes y útiles para atender mi situación de salud	12	11,9
		No sirvieron para atender mi situación de salud	6	5,9
38	Sentimiento de cuidado por el personal de Enfermería	Si	63	62,4
		Algunas veces	26	25,7
		No	12	11,9
39	Sentimiento de motivación para emprender cambios que pueda hacer en su estilo de vida para mejorar su salud por parte del personal de Enfermería	Si	57	56,4
		Algunas veces	34	33,7
		No	10	9,9
40	Sentimiento de que el personal de Enfermería lo ha motivado y cree en los cambios que usted puede hacer en su estilo de vida para mejorar su salud	Si	56	55,4
		Algunas veces	30	29,7
		No	15	14,9



Dentro del estudio realizado, se pudo evidenciar que el 95% de las personas recibieron los medicamentos al egreso hospitalario por parte de su EPS; sin embargo, se encontró que un 5% de los participantes recibieron los medicamentos de manera parcial, lo que pudo en su momento dificultar el inicio adecuado de la terapéutica en este porcentaje de pacientes.

Los datos muestran además que el 30,7% de los participantes refieren no haber sido contactados para agendar una consulta presencial después del evento cardiovascular por parte del personal de enfermería. Dentro de aquellos que sí fueron contactados, el 38,6% de los participantes refieren haber recibido de 1 a 2 llamadas por parte de enfermería y el 82,2% refirió que la información e indicaciones proporcionadas fueron pertinentes y útiles para atender la situación de salud. La información brindada por enfermería se relaciona con indicaciones como la fecha del próximo control, los signos de alarma, la importancia de la actividad física y la alimentación saludable, temas brindados a más del 50% de los participantes.

**Tabla 8.** Seguimiento por parte del personal de enfermería: (un mes posterior al evento miocárdico)

#	Variable	Rangos	Categorías	Frecuencia	%
41	Marque con una X los temas abordados por el profesional de enfermería después de sufrir el evento cardíaco.	Estado de salud en general	Si	33	32,7
			No	68	67,3
		Próximos controles	Si	76	75,2
			No	25	24,8
		Signos de alarma	Si	67	66,3
			No	34	33,7
		Signos y síntomas (palpitaciones, respiraciones anormales, dolor)	Si	40	39,6
			No	61	60,4
		Alimentación y nutrición	Si	69	68,3

#	Variable	Rangos	Categorías	Frecuencia	%
			No	32	31,7
	Actividad física		Si	64	63,4
			No	37	36,6
	Peso corporal		Si	35	34,7
			No	66	65,3
	Horarios de administración de medicamentos		Si	50	49,5
			No	51	50,5
	Efectos adversos de medicamentos		Si	26	25,7
			No	75	74,3
	Funciones de cada medicamento que consume		Si	29	28,7
			No	17	71,3
	Consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias		Si	25	24,8
			No	76	75,2

Respecto al seguimiento por parte del personal de enfermería un mes después del evento isquémico, los resultados obtenidos indican que el 75,2%, refirieron que se les habló acerca de los próximos controles, lo cuales son importantes para hacer un seguimiento con respecto a su estado de salud y conocer cómo se están incorporando de nuevo en sus actividades. De igual forma, el 61 % de los participantes, comentaron que el personal de enfermería también les mencionó acerca de los signos y síntomas (palpitaciones, dolor torácico, sensación subjetiva de falta de aire, etc.) que se pueden presentar como señales de alarma. Por otro lado, es importante mencionar que enfermería fortaleció el conocimiento de los participantes con respecto a alimentación y nutrición y el 63,4% de ellos, comentaron que se les reforzó con temas relacionados con la realización de actividad física sin sobrepasar su capacidad de resistencia. Por último y con respecto al tema de los medicamentos, llama la atención que el 71,3% de los participantes mencionó no haber recibido información al respecto por parte de Enfermería, siendo una parte

fundamental en el cuidado y seguimiento; por lo que sí queda una gran brecha y preocupa el hecho de que no se les dé indicaciones puntuales y claras sobre este tema para que estos pacientes logren tener una buena adherencia al tratamiento farmacológico.

## 7. DISCUSIÓN

Como objetivo general se propuso describir los resultados de salud cardiovascular y el cuidado de enfermería recibido después de un IAM, a través de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal donde se encontraron datos relevantes.

Desde la caracterización sociodemográfica de los pacientes del estudio que sufrieron un IAM, se encuentra que en su mayoría son de sexo masculino, siendo este aspecto similar con lo que expone la American Heart Association, donde la prevalencia para infarto de miocardio se presenta en mayor parte en los hombres en comparación con las mujeres (9). Adicionalmente se atribuyen cambios netamente relacionados con la edad, como lo sustenta Gaviria, Ramírez y colaboradores en su investigación, donde informan que la edad media de presentar un síndrome coronario agudo es de 67 años, relativamente similar a lo que se encontró en este estudio donde la edad promedio de los participantes fue de 63,6 años (2), este dato resulta ser significativo debido a que según el DANE, la población Colombiana está envejeciendo, predisponiendo la aparición un evento isquémico en la población adulta mayor en los próximos años (32).

Otro hallazgo significativo se relaciona con las comorbilidades que presentan los 101 participantes de este estudio, donde se encontró que la mayoría, representada en el 55,4%, padecían de hipertensión arterial y el 31,7% padecían de diabetes mellitus, siendo estos los principales factores de riesgo que predisponen la ocurrencia de un evento cardiovascular, tal como lo sustenta la investigación de Rojas y Flores, quienes también encontraron una proporción similar de prevalencia de estas dos comorbilidades (26). Esto es relevante en la identificación y seguimiento oportuno por parte del personal de Enfermería a las enfermedades crónicas no transmisibles, y los factores de riesgo o comorbilidades para evitar exacerbaciones que puedan poner en riesgo a un nuevo evento isquémico cardíaco en la población.

Al indagar acerca de los factores de riesgo más prevalentes que predisponen a un IAM, Angarita, Chávez y colaboradores, encuentran en su estudio de 1507 participantes, que la obesidad ocupa un porcentaje de 72,2%, seguido del tabaquismo con un 45,6% y alcoholismo con un 33,9% (6). Estos hallazgos se encuentran también al interior de la población estudiada de la presente investigación, destacando la prevalencia de sedentarismo en el 54,5%, seguido de sobrepeso, obesidad, tabaquismo y alcoholismo.

Las características presentes en estos pacientes son similares a lo reportado en otros estudios y al perfil de pacientes cardiovasculares en la región y en el mundo como se mencionó anteriormente; sin embargo, lleva a la reflexión sobre la importancia de abordar de manera temprana a estos pacientes por el alto riesgo que tienen a sufrir nuevos infartos en el futuro, especialmente cuando se encuentren alrededor de los 65 años, que es donde se reportan más eventos isquémicos cardíacos en los pacientes.

Es importante mencionar que Enfermería, debe reforzar la promoción de hábitos saludables para evitar la aparición de factores de riesgo, los cuales pueden modificarse con actividades que promuevan el bienestar de los usuarios en los diferentes grupos etarios, esto con el fin de incentivar el envejecimiento activo y saludable, lo cual impactaría directamente en el principal factor de riesgo identificado en el presente estudio (el sedentarismo) y de una manera importante sobre otros factores como la HTA y la DM que también se encuentran presentes entre los participantes del estudio.

En cuanto a los desenlaces físicos y la capacidad de funcionar adecuadamente, se evidencia que la mayoría de los participantes han tenido que disminuir el tiempo de trabajo o actividades cotidianas por algún problema físico, lo que lleva a analizar que el 53,6% refiere tener algo de dolor y que puede ser la causa de esta situación. El dolor imposibilita a las personas para funcionar adecuadamente y teniendo en cuenta la edad de los participantes y algunas comorbilidades es posible que esto esté afectando su calidad de vida. Gómez, Casajus y colaboradores, argumentan lo difícil que puede ser afrontar la vida diaria al realizar actividades cotidianas tales como: higiene personal, movilidad funcional, y alimentación cuando se tiene dolor (91). De igual forma, en un trabajo de grado realizado por la Universidad de la Sabana, se reportó que uno de los principales diagnósticos de Enfermería según la teoría del autocuidado, es el dolor

crónico (23), donde las causas son muchas veces desconocidas. Sería relevante investigar acerca de la presencia del dolor que padecen las personas que han presentado un IAM en el pasado y establecer formas de controlarlo, teniendo en cuenta que esto permitirá a las personas tener una mayor funcionalidad física y un mejor bienestar; el abordaje y seguimiento de este síntoma es necesario.

Por otro lado, la sexualidad es un componente importante en los pacientes que han pasado por un proceso de IAM, dado que en el estudio se evidenció que el 41,6% tenían dificultad para tener relaciones sexuales. Esto es similar a lo reportado en la investigación de Lorenzo y colaboradores, donde un grupo de sujetos entrevistados, manifiestan que “la actividad sexual era muy buena antes de presentar el evento, en un 66,7%, y disminuyó a un 47,5% después del IAM”. Adicionalmente encontraron que el 70% del personal sanitario informó no tener en cuenta las preocupaciones sexuales de los pacientes postinfarto de manera frecuente, incluso en la rehabilitación cardíaca (92). Esto invita al equipo multidisciplinario a reforzar este tema, en la educación de los pacientes y sus parejas, propiciando el restablecimiento a una sexualidad segura y confiable. Es relevante que estos problemas sean identificados por el seguimiento periódico que hace enfermería en las instituciones y como parte de los programas de atención.

En cuanto a los desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado que se obtuvieron en el presente estudio, se encuentra similitudes con otras investigaciones como la desarrollada por Mollá y colaboradores, que informan acerca de las situaciones de ansiedad y depresión por la que pasan los pacientes, debido a la incertidumbre por su estado de salud cardiovascular actual y además por tensiones de la vida cotidiana (55). Al realizar una comparación con los resultados obtenidos en el estudio, alrededor del 48% de los encuestados, percibieron ansiedad o angustia por su situación de salud actual, y una gran cantidad de ellos se han sentido frustrados y enojados después de haber cursado por el episodio cardiovascular, llegando en ocasiones a perder el interés por las cosas que realizan o los rodea. En este caso, aunque es conocido que muchos pacientes después de su IAM pueden tener síntomas de depresión, ansiedad, frustración, entre otros, de acuerdo con lo que reporta la literatura; no se sabe si también estos

síntomas se deban a otros factores como la actual situación de pandemia por Covid-19 en la que el impacto en la dimensión psicológica es importante. Pese a lo anterior, estos síntomas son relevantes en el seguimiento efectuado por parte de los profesionales de Enfermería.

Se encontró además que el 91% de los participantes consumen entre 4 a 10 medicamentos y además el 23% de ellos olvidó tomar algún medicamento la última semana. Estos resultados fueron comparados con los del estudio de Shang, Liu, Zheng y colaboradores, donde establecen que aquellos pacientes que tuvieron una mala adherencia al tratamiento farmacológico tenían un 25,1% de riesgo de padecer una recidiva cardiovascular de origen coronario (33). Además, el manejo de medicamentos en esencial para los adultos mayores se constituye en un problema, porque existen diversos factores como; (déficit de conocimientos, deterioro cognitivo o físico en especial visual y de memoria), que conllevan a una mayor frecuencia de omisión de los mismos o interrupción no voluntaria del tratamiento asignado (93). Es por esto, que enfermería debe realizar un seguimiento constante a los pacientes en tratamiento farmacológico, con el fin de poderles explicar sobre los mismos, afianzar sus conocimientos frente a los horarios de administración de cada medicamento, las posibles interacciones o efectos adversos que se pueden presentar durante la terapia con fármacos, así como las limitaciones individuales para recordar su toma, para así poder prevenir no solo la aparición de un nuevo evento cardiovascular, sino el desajuste en algunas de las comorbilidad que presenta esta población.

En el apartado desenlaces sociales y requerimiento de apoyo, el 79.2% de los participantes tienen buenas relaciones sociales, lo que indica que posteriormente al evento cardiovascular que presentó, no impactó significativamente en el aspecto social, evidenciando buenas redes de apoyo. Según Aguayo, Ramírez y Navarro, en su estudio indican que las familias tienen “mecanismos de adaptación inmediatos”, es decir; que los roles que desempeñan los integrantes de la familia, la flexibilidad para modificarlos, ayudan a que los individuos asuman su nueva condición y modifiquen su estilo de vida (60), por lo cual, las personas que lo rodean deben aceptar que su familiar no es el

mismo que antes del suceso agudo y por lo tanto es necesario que apoyen los cambios para restablecer su salud (61).

Otro hallazgo importante, es que el 38,6% de los participantes manifiestan que sus familias o cuidadores, tienden a sobreprotegerlos y esto se da según Solano, Siles y Fernández debido a que la personas a cargo del cuidado generan nuevas responsabilidades y tiende a la satisfacción de necesidades básicas para que el paciente se adapte, tanto al tratamiento instaurado, como a otras situaciones, disminuyendo así la autonomía del sujeto (62). Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que enfermería pueda hacer una buena educación a la familia después del alta hospitalaria y durante el seguimiento, con el fin de establecer no solo metas respecto al cuidado y la adherencia a los tratamientos, sino en el mantenimiento de la autonomía de las personas durante el mayor tiempo posible, incluso llegando a la edad de adultos mayores. De igual forma, enfermería debe seguir acompañando a las familias y a los pacientes en el proceso de salud-enfermedad, dando indicaciones que faciliten la adopción de hábitos saludables y le permitan tener calidad de vida.

En la dimensión que respecta al seguimiento por parte del personal de Enfermería, se puede ver reflejado que un 36% de los participantes, no tienen un acceso cercano al punto de dispensación de medicamentos, lo cual puede generar ciertas limitaciones para la continuidad de su tratamiento, en este caso la accesibilidad a los mismos, según la OMS se da cuando tales fármacos pueden ser obtenidos dentro de una distancia de viaje razonable (accesibilidad geográfica), estar disponibles en los centros de salud (disponibilidad física), costo razonable (financieramente posible) y su prescripción sea producto de un uso racional del medicamento (95). En este sentido, sería importante investigar en un futuro estudio cuál es la distancia que cada participante debe recorrer para llegar al sitio de dispensación de medicamentos, teniendo en cuenta posibles barreras tales como (medios de transporte, limitaciones físicas y económicas entre otras). Aunque los pacientes del estudio se encuentran en regiones urbanas y departamentos de la zona centro del país donde algunas de las barreras de acceso no son tan grandes, este sería un aspecto importante para otros de los pacientes del país.



Por otro lado, el 10,9% de los participantes refirieron no haber asistido a su cita de rehabilitación cardíaca, lo cual puede estar relacionado con desinformación (reflejado por el 31% de los participantes que mencionaron no haber sido contactados por parte del personal de Enfermería para agendar su cita). Al respecto un estudio de Sánchez y colaboradores (96), explican que la mayor barrera percibida fue:, “yo no sabía de la rehabilitación cardíaca”, esto se debe a la poca educación respecto a los beneficios que pueden obtener los usuarios al ingresar y adherirse a un programa de rehabilitación cardíaca (96); sin embargo, el trabajo sobre la conciencia de la importancia de la rehabilitación cardíaca es algo que se debe seguir trabajando por los equipos de salud y en la educación de egreso a los pacientes familiares por parte de Enfermería.

Adicionalmente, otro factor importante en la presente dimensión se relaciona con la motivación y percepción del cuidado brindado por el personal de enfermería, la cual se refirió como negativa en un 36,7% de los participantes, quienes consideran que enfermería no ha sido persuasiva con la información orientadora que se les brindó. Según Turner, Winder, Campbell y colaboradores, en el estudio cualitativo realizado, refieren que enfermería tiene limitaciones a la hora de brindar información o apoyo hacia ellos, esto debido a su carga laboral, pero también valoran que el personal de enfermería en ocasiones se toma el tiempo para intervenir en esta educación (79). Al respecto, se considera que es importante estructurar programas de educación específicos para los pacientes con alteraciones cardiovasculares, donde enfermería pueda efectuar no sólo un despliegue de información sino realizar una verdadera educación que incluya un seguimiento integral a estas personas.

Por último, respecto al seguimiento que enfermería realiza un mes posterior al IAM, los temas en los que, según los participantes, Enfermería no realizó un seguimiento pertinente, fueron en un 75,2% sobre el consumo de tabaco, aspecto relevante si se tiene en cuenta que el 20% de los participantes en el estudio tienen este factor de riesgo, pese haber sufrido ya un evento cardiovascular. La explicación sobre los efectos adversos, horarios de los medicamentos también fueron aspectos que no fueron contemplados de manera enfática.

Escobar, Enruez y colaboradores refieren que el seguimiento tardío (> 6 semanas) tras el IAM se asocia con una peor adherencia al tratamiento tanto a corto como a largo plazo. Igualmente, es importante entender de acuerdo con Rodríguez y Montañez que el seguimiento crea y mantiene un vínculo entre paciente-profesional de enfermería-servicios de salud (90), lo que servirá para mostrar interés y estar ahí cuando los pacientes lo requieran tal y como lo establece Swanson en su teoría.

Por otro lado, lo que respecta a las recomendaciones más prevalentes brindadas por el personal de Enfermería son: estado de salud en general, el peso corporal y signos de alarma para consultar al servicio de urgencias. En un estudio realizado por Fernández Sánchez, expone que los síntomas más frecuentes de un reinfarto reportados por los pacientes son la angina y dificultad respiratoria principalmente, pero también se puede encontrar diaforesis, debilidad, palpitaciones, náuseas, vómitos y síncope (97). Es importante que el paciente pueda identificar precozmente estas manifestaciones clínicas ya que de esto depende su pronóstico y la disminución de la tasa de mortalidad. No obstante, estos hallazgos suponen que el seguimiento y la información de enfermería debe incorporar otros aspectos que involucren resultados en términos psicológicos, sociales y otros físicos como los que se identificaron en el presente trabajo.

## 8. CONCLUSIONES

- El IAM impacta directamente en la calidad y estilo de vida de quien lo padece y sigue siendo una enfermedad prevalente en Colombia.
- Se logró identificar los desenlaces en ámbitos importantes de la salud cardiovascular: física, psicológica y social; así como el cuidado de enfermería en términos de intervenciones efectuadas.
- Aspectos físicos como el dolor, la falta de energía y problemáticas en las relaciones sexuales deben ser tenidos en cuenta. Aspectos psicológicos como la angustia o ansiedad, la frustración o enojo después del evento, la falta de energía para cuidarse y el perder el interés de las cosas, son aspectos de salud mental que deben ser considerados por enfermería. Desde lo social sentimientos de sobreprotección o de carga a la familia deben ser abordados por enfermería.
- Al caracterizar la salud cardiovascular, se encuentran varios hallazgos que llevan a pensar sobre la necesidad de conocer más acerca de cómo los pacientes han logrado adaptarse a algunas situaciones que se anteponen en su vida diaria alcanzando grandes progresos en su vida y en su salud.
- Se presentan aspectos que pueden mejorar la educación e información que se ofrece a los pacientes después de un IAM y cómo puede mejorarse el seguimiento que se hace a los pacientes por parte de enfermería.
- La percepción que tienen los pacientes respecto al cuidado recibido por parte de enfermería es un aspecto que se debe fortalecer, dado que esta relación de cuidado enfermero-paciente debe trascender al entorno hospitalario y extrahospitalario, con el fin de realizar un mejor acompañamiento en el paciente y la familia, y/o cuidadores, para reforzar el conocimiento, brindar educación y herramientas que permitan a las personas el restablecimiento progresivo a su entorno.

- Es importante continuar trabajando en este tipo de investigaciones, para la incorporación de nuevos avances y alternativas de cuidado, que ayuden a proteger la salud cardiovascular de los pacientes y de las poblaciones en general.
- La situación de pandemia limitó algunos aspectos del presente trabajo de grado como la forma en que se obtuvo la muestra y el cuestionario empleado; sin embargo, aporta elementos importantes que pueden servir para mejorar el cuestionario de salud cardiovascular en el marco de la investigación docente.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Encuesta de caracterización sociodemográfica y salud cardiovascular

A continuación, se plantean una serie de afirmaciones, por favor léalas atentamente y marque con una X según corresponda:

#### Características sociodemográficas:

Número de cédula \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo
  - Mujer
  - Hombre
3. Estado civil
  - Soltero/a
  - Casado/a
  - Unión libre
  - Divorciado/a
  - Viudo/a
4. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
5. Características de la ubicación de la vivienda
  - Urbano
  - Rural
6. Estudios
  - Ninguno
  - Primarios
  - Secundarios
  - Bachiller
  - Técnico/Tecnólogo
  - Universitarios
7. Ocupación:
  - Empleado
  - Independiente
  - Pensionado
  - Desempleado
  - Estudiante
  - Hogar
8. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud
  - Contributivo
  - Subsidiado
  - Complementario y/o prepagada
  - Particular
  - Régimen especial
9. Estrato socioeconómico
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
10. ¿Con quién vive?
  - Solo
  - Cónyuge
  - Cónyuge e hijos
  - Hijos

- Padres
  - Hermanos
  - Otros
11. ¿Cuántas personas tiene a cargo?
- 1 - 2 personas
  - 3 - 4 personas
  - Más de 5 personas
12. Comorbilidades:
- EPOC
  - Hipertensión Arterial
  - Insuficiencia cardiaca
  - Diabetes Mellitus
  - Otra ¿cuál? \_\_\_\_\_
13. Diagnóstico médico actual:
14. Factores de riesgo modificables
- Tabaquismo
  - Sedentarismo
  - Sobrepeso/Obesidad
  - Alcoholismo
  - Otros: \_\_\_\_\_
3. ¿Se ha sentido agotado y/o sin falta de energía?
- Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
4. ¿Considera que el dolor le impide realizar actividades cotidianas?
- Sí, mucho
  - Si, un poco
  - No, para nada
5. Responda esta pregunta únicamente si ha presentado dolor físico de alguna zona del cuerpo: ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- Mucho
  - Regular
  - Un poco
  - Nada
  - No aplica

### **Salud cardiovascular**

#### **Desenlaces físicos y capacidad de funcionar adecuadamente**

1. Considera que su salud física actual, comparada con la de antes de presentar el evento cardiovascular está:
- Buena
  - Podría mejorar
  - Regular
  - Mala
2. ¿Ha tenido que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema físico?
- Sí
  - No
6. ¿Después del evento cardiovascular ha tenido dificultades para tener relaciones sexuales?
- Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
7. ¿En su lugar de vivienda hay ascensor?
- Si
  - No
8. ¿Cuántos pisos tiene que subir para acceder a su vivienda?
- 0 pisos
  - 1-3 pisos
  - 4-5 pisos
  - Más de 5 pisos

## Desenlaces psicológicos y necesidades de autocuidado

9. ¿Cómo considera que está su salud mental en la actualidad?
  - Buena
  - Podría mejorar
  - Regular
  - Mala
10. Las acciones que realiza para mantenerse con salud son buenas:
  - Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
11. ¿Suele sentirse angustiado o ansioso por su situación de salud actual?
  - Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
12. ¿Después de haber presentado el evento cardiovascular ha sentido frustración o enojo?
  - Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
13. ¿Qué tan feliz se ha sentido durante el último mes?
  - Muy satisfecho o feliz
  - Ligeramente feliz
  - Algo feliz
  - Poco feliz
  - Nunca me he sentido feliz
14. ¿Ha perdido el interés por las cosas?
  - Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
15. ¿Ha sentido que le falta la fuerza de voluntad para poder cuidarse adecuadamente?
  - Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
16. ¿Ha hecho cambios en sus hábitos alimenticios después del evento cardiovascular, para mantener o mejorar su peso corporal)
  - Si
  - No
17. ¿Ha aumentado la cantidad y calidad del ejercicio físico después del evento cardiovascular?
  - Si
  - No
18. ¿Suele obtener información sobre su situación de salud y consulta sobre lo que no entiende?
  - Si
  - No
19. ¿Examina su cuerpo con regularidad para ver si hay algún cambio?
  - Si
  - No
20. ¿Ha podido cambiar hábitos no saludables después del evento cardiovascular, con el fin de mejorar su salud?
  - Si
  - No
21. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

- Si
  - No
22. ¿Después del evento cardiovascular ha notado cambios en el apetito?
- Aumento
  - Disminución
  - Continúa igual
23. ¿Cuántos medicamentos tiene formulados actualmente?
- 1 a 3 medicamentos
  - 4 a 6 medicamentos
  - 7 a 9 medicamentos
  - Más de 10 medicamentos
24. ¿Conoce usted la función de los medicamentos que toma actualmente?
- • Si
  - • No
25. ¿Cuántas veces olvidó tomar algún medicamento en la última semana?
- Ninguna
  - 1-2 veces
  - 3-4 veces
  - Más de 5 veces
26. ¿Ha presentado algún efecto secundario al uso de sus medicamentos?
- Si
  - No
- Respecto a la pregunta anterior, escriba, cuáles efectos secundarios ha presentado por el uso de medicamentos:

---



---



---



---



---

**Desenlaces sociales y requerimiento de apoyo.**

27. ¿Cómo considera que son sus relaciones sociales y de apoyo en la actualidad?
- Buenas
  - Podrían mejorar
  - Regulares
  - Malas
28. ¿Ha tenido dificultades para expresar sus sentimientos a otras personas después del evento cardiovascular?
- Siempre
  - A veces
  - Nunca
29. ¿Últimamente se ha sentido como si fuera una carga para los demás?
- Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
30. ¿Después del evento cardiovascular, ha sentido que su familia le cuida más que antes, con tendencia a la sobreprotección?
- Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
31. ¿Se siente apoyado por su familia?
- Si
  - No

**Seguimiento:**

32. ¿Recibió todos los medicamentos por parte de su EPS asegurador al momento del egreso hospitalario?



- Si
  - No
  - Parcialmente
33. ¿El sitio de dispensación de los medicamentos que necesita está cerca de su residencia?
- Si
  - No
34. ¿El personal de enfermería lo ha contactado telefónicamente o por correo electrónico para agendar una consulta presencial después del evento cardiovascular?
- Si
  - No
35. ¿Cuántas llamadas recibió por parte del personal de enfermería, para saber cómo va su evolución luego del evento cardiovascular?
- 0
  - 1 a 2 llamadas
  - 2 a 4 llamadas
  - Más de 4 llamadas
36. ¿Asistió o ha asistido a todas las terapias de rehabilitación cardíaca?
- Si, a todas
  - A algunas
  - No, muy pocas
  - No he asistido
37. La información e indicaciones proporcionadas por el personal de Enfermería fueron:
- Pertinentes y útiles para atender mi situación de salud
  - Poco pertinentes y útiles para atender mi situación de salud
  - No sirvieron para atender mi situación de salud
38. ¿Se ha sentido cuidado por el personal de Enfermería?
- Si
  - No
  - Algunas veces
39. ¿Siente que el personal de enfermería lo ha motivado para emprender cambios que pueda hacer en su estilo de vida para mejorar su salud?
- Si
  - No
  - Algunas veces
40. ¿Siente que el personal de enfermería lo ha motivado para emprender cambios en su estilo de vida para mejorar su salud?
- Si
  - No
  - Algunas veces
41. Marque con una X cuáles de los siguientes temas fueron abordados por enfermería después del IAM que tuvo.
- Estado de salud en general
  - Próximos controles
  - Signos de alarma
  - Signos y síntomas (palpitaciones, respiraciones anormales, dolor)
  - Alimentación y nutrición
  - Actividad física
  - Peso corporal
  - Horarios de administración de medicamentos
  - Efectos adversos de los medicamentos
  - Funciones de cada medicamento que consume
  - Consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias.

## **9.2. Consentimiento informado**

**Título del estudio:** Evaluación de la salud cardiovascular y el cuidado de enfermería en personas que presentaron un infarto agudo de miocardio

**Asesora:** Lina María Vargas Escobar, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque.

**Correo:** lmvargase@unbosque.edu.co

**Investigadores:** Estudiantes de Enfermería: Laura Vanessa Cubillos Méndez, Karen Lizeth Martínez Roa, Diego Alejandro Moncada León, Erika Daniela Naranjo Camargo, Laura Tatiana Parra Camacho y Sergio Armando Santamaria Parra

### **¿Quiénes somos y qué estamos haciendo?**

Somos estudiantes de enfermería y como parte de nuestro trabajo de grado estamos realizando un estudio sobre los resultados en la salud cardiovascular y el cuidado de enfermería en aquellas personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM). Usted ha sido invitado (a) a participar. En este documento daremos información suficiente para que pueda evaluar y decidir si desea o no participar en el estudio.

### **¿Cuál es el propósito del estudio?**

Describir los resultados de salud cardiovascular y el cuidado de enfermería recibido en una persona después de un IAM.

### **¿Qué debe hacer como participante?**

Simplemente, diligenciar completamente el cuestionario, ser honesto(a) en las respuestas. Disponer de aproximadamente 20 minutos para contestar todo. También está invitado a participar en dos talleres donde recibirá orientación y educación frente al cuidado de su salud.

### **¿Qué debe saber del estudio?**

Que contestar este cuestionario no es un proceso riesgoso, no hay respuestas buenas o malas y si llegara a tener alguna inquietud respecto a las preguntas, podrá contactarse directamente con los investigadores, quienes les ayudarán a resolverla por correo electrónico o vía telefónica.

Así mismo, la participación en el proyecto no tiene ningún costo y no recibirá retribución económica alguna. Su participación es completamente VOLUNTARIA y tiene la libertad de retirarse en el momento en que lo desee.

### **¿Cuáles son los beneficios por su participación en el estudio?**

Usted podrá contribuir al conocimiento actual sobre la salud cardiovascular, así como de la toma de decisiones frente a la atención en salud que reciben los pacientes que en su vida han presentado un IAM, con la información que usted nos proporciona.

También tendrá la posibilidad de participar en los talleres de salud cardiovascular realizados, en donde usted podrá recibir información y orientación frente al cuidado de salud. Este espacio es proporcionado por Lina María Vargas Escobar y Diana Marcela Castillo Sierra, enfermeras y docentes de la Universidad El Bosque.

### **¿Quiénes no podrían participar en el estudio?**

No pueden participar: mujeres embarazadas, personas que presenten alteraciones cognitivas o dificultades de comunicación, personas que no cuenten con servicio telefónico o internet.

### **¿Cuándo puedo conocer los resultados del estudio?**

Los resultados del estudio serán socializados a través de una sesión virtual, una vez culminado el estudio. Esta invitación se enviará a través de su correo electrónico y/o mensaje de texto a su celular.

### **¿Cómo manejarán mis datos?**

El diligenciamiento del cuestionario es anónimo, asignaremos un código de tal forma que su nombre no aparecerá en el estudio.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012 de Colombia, sobre la protección de los datos de carácter personal.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética XXX con el código XXX.

Comité Institucional de Ética en Investigación, Universidad El Bosque, comiteetica@unbosque.edu.co, Tel: 6 331368 Ext: 1520, Calle 132 No 7 A-85

**Confirmando que he leído la hoja de información de la investigación:**

- Si
- No

Certifico que he comprendido la información descrita en dicha hoja y tengo claro que, en caso de duda, puedo interrumpir la realización del cuestionario y comunicarme con la investigadora principal: lmvargase@unbosque.edu.co o al número: 310-8696087

- Si
- No


Manifiesto mi voluntad libre e informada, para participar voluntariamente en el estudio. Conozco que el uso de mis respuestas será para fines investigativos y académicos; por lo que estoy de acuerdo con la recopilación, procesamiento, reporte y transferencia de datos recopilados en este estudio. Sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al aceptar participar manifiesto que no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

- Si
- No

### 9.3. Aprobación Comité Institucional de Ética, Universidad El Bosque

Vigilada Mineducación

...  
**COMUNICACIÓN INTERNA**  
Comité Institucional de Ética en Investigación

 **UNIVERSIDAD EL BOSQUE**  
Por una cultura de la vida,  
su calidad y su sentido

---

**MIEMBROS**

*NADIA YADIRA CASTAÑEDA G.*  
*Lic. Biología y Química*  
*MSc. en Bioquímica*  
*CPhD. Biotecnología*  
*Experto en Metodología de la Investigación*  
*Presidente*

*EDGAR ORLANDO BELTRAN Z.*  
*Odontólogo*  
*MSc en Ciencias Básicas Biomédicas*  
*Experto en Metodología de la Investigación*  
*Secretario Ejecutivo*

*DIANA MARCELA BUITRAGO R.*  
*Bacterióloga*  
*PhD Ciencias Farmacéuticas*  
*Investigador*

*MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ C.*  
*Enfermero*  
*MSc en Administración en Salud*  
*PhD Bioética*  
*Experto en Bioética*

*FELIPE RAMÍREZ GIL.*  
*Diseñador Industrial*  
*Especialista en docencia Universitaria*  
*PhD Bioética*  
*Experto en Bioética*

*MARIA DEL PILAR OLAYA O.*  
*Química Farmacéutica.*  
*MSc en Toxicología*  
*PhD Ciencias Farmacéuticas*  
*Farmacóloga*

*LINA ROCIO GUTIERREZ T.*  
*Abogada*  
*Especialista en Derecho Administrativo,*  
*Derecho Procesal y Derecho Probatorio*  
*MSc en Docencia de la Educación Superior*  
*Abogada*

*MARIA CRISTINA MEJÍA G.*

Bogotá, D.C., 21 de abril de 2021

Doctor  
**MIGUEL OTERO CADENA**  
Vicerrector de Investigaciones  
**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**  
Bogotá

Proyecto: "Evaluación de la salud cardiovascular y el cuidado de enfermería en personas que presentaron un infarto agudo de miocardio".

Código: NUR-2021-157

Estudiantes: Julián Hermidez Bustos Zambrano  
Laura Vanessa Cubillos Méndez  
Karen Lizeth Martínez Roa  
Diego Alejandro Moncada León  
Erika Daniela Naranjo Camargo  
Laura Tatiana Parra Camacho  
Sergio Armando Santamaría Parra

Asesora: Lina Maria Vargas Escobar

Respetado Doctor Otero:

Estamos informando que el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad El Bosque en sesión ordinaria del 13 de abril de 2021, según Acta No. 007-2021, con los miembros citados a la izquierda, quienes cumplían con el quórum revisó y aprobó el proyecto de la referencia.

PBX: (57-1) 633 13 68 Ext. 1520 Fax: (57-1) 6 48 90 06  
Calle 132 No. 7ª - 63 Pisos 2 y 3  
[comiteetica@unbosque.edu.co](mailto:comiteetica@unbosque.edu.co)  
Bogotá D.C., Colombia

• • •

## COMUNICACIÓN INTERNA

Comité Institucional de Ética en Investigación



*Psicóloga  
Representante de la Comunidad.*

*HERNÁN CAMILO MEDINA B.  
Filósofo  
MSc en Filosofía  
PhD en Filosofía  
Experto en Investigación en Ciencias  
Sociales*

*Número de Miembros Total: 9*

*Número de Miembros que participaron  
en la evaluación y aprobación de  
documentos: 9*

*Número de miembros que se requiere  
para que haya quórum: 5*

### Investigación sin Riesgo

El Formato de Consentimiento Informado se entrega con sello y firma de la Presidente del comité para ser aplicado a los participantes del estudio.

Reiteramos que cualquier modificación al proyecto y a los formatos aprobados, debe ser sometida a aprobación por parte del comité. El comité considera cualquier cambio sin notificar como una falta al cumplimiento del aval ético.

El Investigador Principal deberá entregar el informe de seguimiento y el informe final en los formatos y fechas establecidos y comunicados por el comité.

Se emitirá el Acta de Cierre del Comité Institucional de Ética, cuando el Investigador Principal cumpla en la fecha estipulada del informe final.

**NOTA: Este documento en archivo digital es una copia idéntica del documento en físico original sellado y firmado por la Presidente del comité.**

Atentamente,

*Nadia Yadira Castañeda G.*  
**NADIA YADIRA CASTANEDA GARCIA**

Presidente  
Comité Institucional de Ética en Investigación



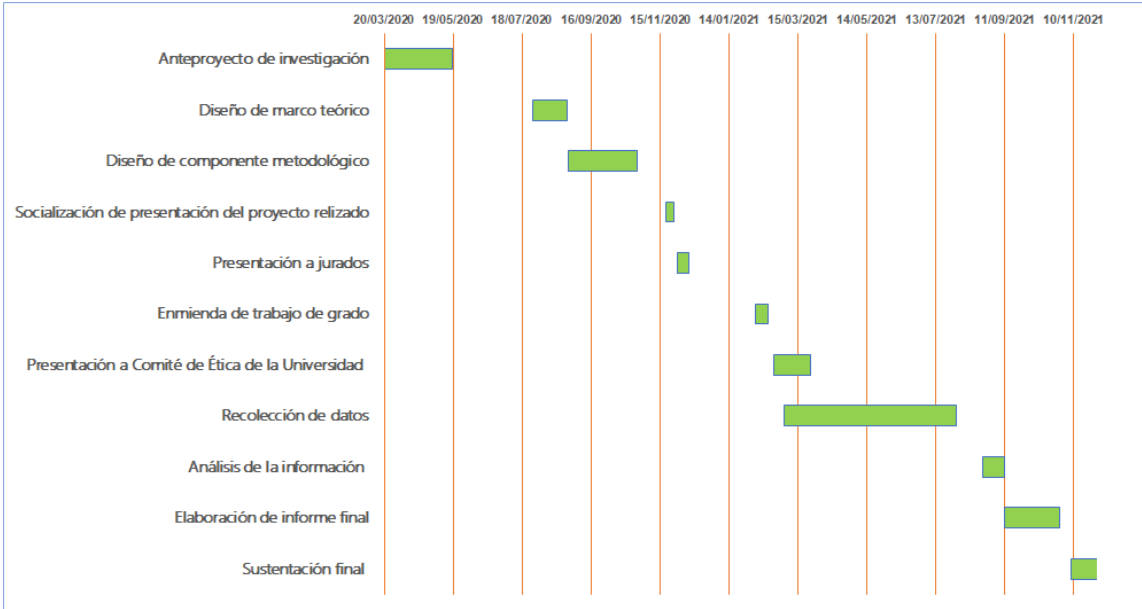
## 9.4. Presupuesto

Tipo de recurso	Recurso	Cantidad	Desembolso dinero valor unitario	Total desembolso dinero	Desembolso en especie valor unitario	Total desembolso en especie	Total proyecto
<b>Humano</b>	Tiempo de estudiantes	7	\$ 0	<b>\$ 0</b>	\$ 950.000	<b>\$ 6.650.000</b>	<b>\$ 6.650.000</b>
	Tiempo de asesoría docente	1	\$ 0	<b>\$ 0</b>	\$ 2.000.000	<b>\$ 2.000.000</b>	<b>\$ 2.000.000</b>
<b>Tecnológicos</b>	Computador	2	\$ 0	<b>\$ 0</b>	\$ 1.500.000	<b>\$ 3.000.000</b>	<b>\$ 3.000.000</b>
	Software estadístico SPSS	1	\$ 0	<b>\$ 0</b>	\$ 28.000	<b>\$ 28.000</b>	<b>\$ 28.000</b>
<b>Servicios públicos</b>	Internet mes	8	\$ 0	<b>\$ 0</b>	\$ 30.000	<b>\$ 240.000</b>	<b>\$ 240.000</b>
	Energía	8	\$ 0	<b>\$ 0</b>	\$ 40.000	<b>\$ 320.000</b>	<b>\$ 320.000</b>
<b>Otros</b>	Papelería		\$ 100.000	<b>\$ 100.000</b>	\$ 0	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 100.000</b>
	Imprevistos		\$ 618.300	<b>\$ 618.300</b>	\$ 0	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 618.300</b>
<b>TOTAL</b>			\$ 718.300	<b>\$ 718.300</b>	\$ 4.548.000	<b>\$12.238.000</b>	<b>\$12.956.300</b>

Nota: La financiación para este trabajo proviene de los recursos propios de los investigadores

# 9.5. Cronograma

El cronograma de actividades se presenta en forma de diagrama de Gantt.





## Bibliografía

1. Ferreira I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev. Esp. Cardiol. [Internet]. 2014 [citado 28 marzo 2020]; 67(2): 139–144. Disponible en: <https://medes.com/publication/87899>
2. Gaviria S, Ramírez A, Alzate M, Contreras H, Jaramillo N. Epidemiología del síndrome coronario agudo. Rev. Esc. Cien. Sal. [Internet]. 2019 [citado 13 abril 2020]; 39(1): 49–56. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA625582952&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01204874&p=IFME&sw=w>
3. OMS y OPS México: perfil de enfermedades cardiovasculares Organización mundial de la salud [Internet]. 2014 [citado 4 abril 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdmore&cid=7283&Itemid=40876&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=7283&Itemid=40876&lang=es)
4. Román C. Modelo de programa de rehabilitación de rehabilitación cardiaca inserto en la red asistencial chilena [Magíster]. Universidad de Chile; 2016 [citado 4 abril 2020]. Disponible en: [http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/499/Tesis\\_Claudia%20Rom%c3%a1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/499/Tesis_Claudia%20Rom%c3%a1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. Calvachi P, Barrios D, Puccini M, Mojica H, Delgadillo D, Gómez M, et al. Frecuencia de los tipos de infarto agudo de miocardio según la tercera definición. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2017 [citado 1 agosto 2020]; 24(6): 592-7.

Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-56332017000600592&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-56332017000600592&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

6. Angarita L, Chavez M, Gonzalez J, Rojas D. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en asistentes a un hospital de Cali, Colombia. Rev. hipertensión [internet]. 2019 [citado 3 agosto 2020]; 13(5): 472-79. Disponible en: [http://www.revhipertension.com/rlh\\_5\\_2018/factores\\_de\\_riesgo\\_de\\_enfermedad.pdf](http://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_de_riesgo_de_enfermedad.pdf)
7. Instituto nacional de salud. Las enfermedades cardiovasculares: un problema en salud pública y global. Instituto nacional de salud. [Internet]. 2011 [citado 2 agosto 2020]; 31(4): 1-5. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n4/v31n4a01.pdf>
8. Organización mundial de la salud. Proyecto de 13 programa general de trabajo 2019-2023 Promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables. [Internet] 2017 [citado 2 agosto 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274621/EBSS4\\_2-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274621/EBSS4_2-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Virani S, Benjamin E, Bittencourt M, et al. Heart disease and stroke statistics-2020 update: A report from the American Heart Association. AHA [Internet]. 2020 [citado 2 agosto 2020]; 141: 511. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000757>
10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enfermedades Cardiovasculares. 2017 [citado 2 agosto 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
11. Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. [Internet]. Ginebra Suiza; 2003 [citado 2 agosto 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/fctc/text\\_download/es/](https://www.who.int/fctc/text_download/es/)

12. Congreso de la República. LEY 1335 DE 2009. [Internet]. 2009 [citado 2 agosto 2020]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1335\\_2009.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1335_2009.html)
13. Organización mundial de la salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. [Internet]. Ginebra Suiza; 2010 [citado 2 agosto 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf)
14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enfermedades no transmisibles 2018. [actualizado 1 junio 2018; citado 13 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
15. Política de atención integral en salud. Bogotá: Ministerio de salud; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
16. Resolución 3280. Bogotá: Ministerio de salud; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
17. Jaramillo N, Torres Y. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad cardiovascular: factores de riesgo a la luz de Framingham. Ces Medicina [Internet]. 2004 [citado 3 junio 2020]; 18(1): 45-68. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4804619.pdf>
18. Sociedad Española De Cardiología. Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. [Internet]. 2006 [citado 3 junio 2020]. Disponible en <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>
19. Benega F, Dos Reis V, Paixão W, Garcez K, Martínez E. A atuação da fisioterapia na fase I da reabilitação cardíaca após infarto agudo de miocárdio. Fisioter Bras [Internet]. 2018 [citado 19 abril 2020]; 19(3): 400-13. Disponible en: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2436/pdf>

20. Noel G, González A, Perovic N, Defagó N. Una mirada global sobre la influencia de los patrones alimentarios en las enfermedades cardiovasculares. *Perspect. Nutr. Humana* [Internet]. 2017 [citado 17 abril 2020]; 19: 79-92. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v19n1/0124-4108-penh-19-01-00079.pdf>
21. Padilla C, Saenz X. Respuesta de la mujer frente a los síntomas de síndrome coronario agudo basados en el modelo conceptual del manejo de los síntomas. *A.V Enferm* [Internet]. 2014 [citado 3 agosto 2020]. 32(1): 102-113. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a11.pdf>
22. Diaz L, Millan E. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. *Av. enferm.* [Internet]. 2009 [citado 3 agosto de 2020]; 27(2): 33-42. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-45002009000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002009000200005)
23. Correia M, Barbosa K, Holanda G, Lima A, Maia A, Rodrigues R. Diagnósticos de enfermería según la teoría del autocuidado en pacientes con infarto de miocardio. *Aquichan* [Internet]. 2018. [citado 3 agosto 2020]; 18(2): 222-33. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8256>
24. Rivera L. El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *Av. Enferm* [Internet]. 2008 [citado 17 abril 2020]; 26(1): 124-133. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-45002008000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002008000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
25. Hill M, Mensah G. Global Cardiovascular Disease Prevention A Call to Action for Nursing. *The Journal of Cardiovascular Nursing* [Internet]. 2011 [citado 17 abril 2020]; 26(45): 124-133. Disponible en: [https://journals.lww.com/jcnjournal/fulltext/2011/07001/Global\\_Cardiovascular\\_Disease\\_Prevention\\_\\_A\\_Call.3.aspx](https://journals.lww.com/jcnjournal/fulltext/2011/07001/Global_Cardiovascular_Disease_Prevention__A_Call.3.aspx)

26. Rojas J, Flórez M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan* [Internet]. 2016 [citado 21 abril 2020]; 16 (3): 328-339. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/741/74147078005/html/>
27. Peclat P, Sobrinho N, Cardozo T. Nurse's action in the pain of the cardiac client: a study face the recognition of the nursing intervention. *Fundam. Care* [Internet]. 2013 [citado 17 abril 2020];5(4):716-726. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/pq1academic/docview/1498037527/62BF39ADF11B4BBBPQ/26?accountid=41311>
28. Baptiste D, Quanlei L, Milesky J, Wright R. Advancing cardiovascular care through nursing research, quality improvement, and evidence-based practice. *ShanghaiChest* [Internet]. 2019 [citado 23 abril 2020];3(13): 1-6. Disponible en: <http://shc.amegroups.com/article/view/4904/pdf>
29. Havva ÖzAlkan, Nuray Enç. El papel de la enfermera en la prevención de enfermedades cardiovasculares en mujeres. *Revista turca de enfermería cardiovascular*. [Internet]. 2013 [citado 23 abril 2020];5(4):1-25 Disponible en: <https://khd.tkd.org.tr/en/jvi.aspx?pdire=kvhd&plng=eng&un=KVHD-03511>
30. Medina M, Rubiano. Autoeficacia en pacientes postinfarto agudo de miocardio en una IPS especializada en Girardot [Magister]. Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá [Internet]. 2015 [citado 21 abril 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/56700/mauriciomedinagarzon.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Esquivel N, Díaz L, Montañez W. Intervenciones adaptadas en personas con enfermedad cardiovascular: hacia un abordaje de enfermería para el cuidado individualizado. *Revista cuidarte* [Internet]. 2019 [citado 19 abril 2020];10(3):1-4. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/947>

32. Montaña Y. La población mayor de 60 años incrementó un 50 por ciento. Caracol Radio [Internet]. 2019 [citado 02 agosto 2020]. Disponible [https://caracol.com.co/radio/2019/05/02/nacional/1556822724\\_828109.html](https://caracol.com.co/radio/2019/05/02/nacional/1556822724_828109.html)
33. Shang P, Liu G, Zheng X, Ho M, Hu S, et al. Association Between Medication Adherence and 1-Year Major Cardiovascular Adverse Events After Acute Myocardial Infarction in China. AHA [Internet]. 2019 [citado 29 agosto 2020]; 8: 1-15. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.118.011793>
34. Caballero A, Carrillo P, Suarez I, Ibañez M, Acevedo J, Bautista O. Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008. RevMédiSanit [Internet]. 2011 [citado 02 agosto 2020]; 14(2): 12-26. Disponible en: <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/RMS/article/view/324/250>
35. Mateu L, Huguet J, Errando C, Breda A, Palou J. Salud Cardiovascular en Habitantes de Atahualpa: Características y Correlato. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2018 [citado 10 junio 2020]; 26(2): 101-110. Disponible en: [http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2017/09/REN-Vol-26-N2\\_4.pdf](http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2017/09/REN-Vol-26-N2_4.pdf)
36. Herrera E, Céspedes V, Flórez M. La enfermería y el cuidado para la salud cardiovascular: análisis de concepto. Avances en Enfermería [Internet]. 2014 [citado 10 junio 2020]; 32(1): 147-153. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a15.pdf>
37. Wojnar D, Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7th edición. España: Elsevier; [Internet] 2011. [citado 10 junio]. P. 741 - 752. Disponible en: [https://www.academia.edu/11289973/Modelos\\_y\\_teorias\\_en\\_enfermeria\\_7ed\\_medil\\_ibros](https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medil_ibros)
38. Vitón A, García A, Remedios M, Mena V, Lorenzo V. Conocimientos básicos para la atención de enfermería al paciente con infarto agudo de miocardio. Rev. Uni. de ciencias med. de la Habana [Internet]. 2019 [citado 05 abril 2020]; 58 (271): 20-24.

- Disponible en:  
[http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/710/pdf\\_205](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/710/pdf_205)
39. Alcalá J, Maicas C, Hernández P, Rodríguez L. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Rev. Medicine* [Internet]. 2017 [citado 05 abril 2020]; 12(36): 2145-52. Disponible en: <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/112%20Cardiopat%203%ADa%20isqu%C3%A9mica%20concepto%20clasificaci%C3%B3n.pdf>
40. Porouchani S, Lemesle G. Infarto de miocardio: diagnóstico, tratamiento y complicaciones. *Rev. EMC*. [Internet]. 2019 [citado 05 abril 2020]; 23 (2): 1-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541019419909>
41. Kunstmann S, Gainza D. Enfermedad cardiovascular en la mujer: fisiopatología, presentación clínica, factores de riesgo, terapia hormonal y pruebas diagnósticas. *RevMedClin. Condes* [Internet]. 2015 [citado 05 abril 2020];26(2):127-132. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864015000334>.
42. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Segundo Informe ONS: Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. [Internet]. Bogotá.2013. [citado 27 agosto 2020]:21-22. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Segundo%20informe%20ONS.pdf>
43. Brevis I, Valenzuela S, Sáez K. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. *CiencEnferm*. [Internet]. 2014 [citado 30 noviembre 2020]; 20(3):43-57. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000300005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300005&lng=es).

44. Mohammadi E, Zarea K, Alteren J, Sayadi N. Care needs in the phase I of cardiac rehabilitation: A hybrid concept analysis. *Nurs Midwifery Stud* [Internet]. 2019 [citado 03 octubre 2020];1(8):48-54. Disponible en: <http://www.nmsjournal.com/text.asp?2019/8/1/48/247930>
45. Rodríguez D, Amigo G, Castañeda P, Castañeda G. Eficacia de un plan de entrenamiento físico en pacientes portadores de un infarto agudo del miocardio. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2010 [citado 02 octubre 2020];3(32):1-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242010000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300007&lng=es)
46. Socarrás S, Bolet A. Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. *RevCubaInvestBioméd* [Internet]. 2010 [citado 02 octubre 2020];29(3):353-363. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002010000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000300006&lng=es)
47. Cabrerizo G, Zalba E. Características del síndrome coronario agudo en pacientes ancianos españoles. *RevSalPúbli* [Internet]. 2012. [citado 02 octubre 2020]; 14(4):657-665. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42226912010>.
48. Colombia.co [Internet]. Colombia: Colombia.co; (SF) [citado 02 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.colombia.co/pais-colombia/los-colombianos-somos-asi/colombia-el-pais-de-la-alegria/>
49. El Tiempo [Internet]. Colombia: El Tiempo; 2019 [Citado 19 septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/economia/sectores/cuanta-cerveza-consume-cada-colombiano-al-ano-424422>.
50. Cuervo R. Alcohol y tabaco en la patología cardiovascular. [Internet]. Libro de salud Cardiovascular del Hospital clínico San Carlos y de la fundación BBVA. Primera edición. España: Editorial Nerea, S.A.2006. 577-582. [citado 02 octubre 2020].



- Disponible en:  
[https://www.fbbva.es/microsites/salud\\_cardio/mult/fbbva\\_libroCorazon\\_cap65.pdf](https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap65.pdf)
51. Fernández M. Tabaquismo e Infarto agudo al Miocardio. *RevChilEnfermRespir* [Internet]. 2017 [citado 09 octubre 2020];33(3):230-231. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482017000300230&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300230&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300230>
52. García M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes post infarto de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de agosto de 2008. [Tesis de pregrado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008 [Citado 19 septiembre 2020]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9444/Tesis01.pdf;seq->
53. Chospab.es [Internet]. España: Chospab; 2016. [citado 29 agosto 2020]. Disponible en:  
[https://www.chospab.es/area\\_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/infarto.htm](https://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/infarto.htm)
54. Martín M, García Y, Fernández E, Izquierdo R. Estados emocionales más frecuentes en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio y su relación con el estado de salud cardiovascular. *CorSalud* [Internet]. 2016 [citado 29 agosto 2020]; 8(1): 38-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6575724>.
55. Mateu J, Moreno S, Lacomba L, Cortés L. Ansiedad y depresión: Impacto en la calidad de vida de pacientes tras Infarto Agudo de Miocardio. *RevistaIps* [Internet]. 2018 [citado 03 octubre 2020];6(1):5-13. Disponible en: [http://sportsem.uv.es/j\\_sports\\_and\\_em/index.php/rips/article/view/110/133](http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/view/110/133).
56. Herrera E, Céspedes V, Flórez M. La enfermería y el cuidado para la salud cardiovascular: análisis de concepto. *RevAvEnferm* [Internet]. 2014 [citado 22 febrero 2021];32(1):147-153. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a15.pdf>.

57. Huffman J, Celano M, Januzzi J. The relationship between depression, anxiety and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric disease and treatment* [Internet]. 2012 [citado 22 febrero 2021];6(6):123-136. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20505844/>.
58. Álvarez L. El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *RevAvanEnferm* [Internet]. 2008 [citado 19 abril 2020];26(1):124-133. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a13.pdf>.
59. Su JJ, Sau F. Effectiveness of eHealth cardiac rehabilitation on health outcomes of coronary heart disease patients: a randomized controlled trial protocol. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2019 [citado 02 octubre 2020];1(19): 274. Disponible en: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-019-1262-5>.
60. Rocha M, Ramírez O, Navarro A. Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio. *RevAteFam* [Internet]. 2012 [citado 02 octubre 2020];19(3):61-66: Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af123c.pdf>.
61. Aguilera M, Barba M, Navarro A. Protocolo de Cardiopatía Isquémica: Infarto agudo de miocardio. *Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*. Chospab.es [Internet]. 2010 [citado 3 octubre 2020]. Disponible en : [https://www.chospab.es/area\\_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/infarto.htm](https://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/infarto.htm)
62. Solano M, González J, Fernández G. Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio. Un estudio fenomenológico. *IndexEnferm* [Internet]. 2008 [Citado 2020 Oct 09]; 17(1): 7-11. Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100002)
63. Mateu J, Trejo L, Valero S. Contribución de la ansiedad y el malestar emocional al declive de la función social en el Infarto Agudo de Miocardio. *RevistaIps* [Internet].

2018. [Citado 10 octubre 2020]; 1(3):31-42 Disponible en:  
[http://sportsem.uv.es/j\\_sports\\_and\\_em/index.php/rips/article/view/107](http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/view/107)
64. Choure N, Chandrawanshi H, Rajput M, Sehgal S, Patliya M, Sarkar P. The effectiveness of self-instructional module on cardiac rehabilitation. *Journal of Nursing Sciences* [Internet]. Elsevier. 2015 [citado 2 octubre 2020]; 2(3): 317-323. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000666>
65. Mogollón L. Percepción del cuidado enfermero en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía: según la teoría de Kristen Swanson. [Tesis de pregrado]. Chiclayo-Perú. EMIS University 2019. [citado 1 agosto 2020]. Disponible en:  
[http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1977/1/TL\\_Mogollon%20AbadLaydy.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1977/1/TL_Mogollon%20AbadLaydy.pdf)
66. Danuta M. Teoría de los cuidados - Modelos y teorías en enfermería. Elsevier [Internet]. 2002 [citado 1 agosto 2020]: 35: 553-563. Disponible en:<https://www-clinicalkey-com.ezproxy.unbosque.edu.co/student/nursing/content/book/3-s2.0-B978849113339100035X>
67. Meza M, Sánchez L, Donoso Sastre X. Plan de egreso hospitalario para generar el bienestar de los pacientes con IAM desde su ingreso a la unidad de cuidado cardiovascular de la fundación clínica Shaio de Bogotá. [Tesis de pregrado]. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2016. [citado 28 de agosto de 2020]. Disponible en:  
<https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/22683>
68. Torrejano M, Sotelo M. Cuidado para el bienestar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la clínica universidad la sabana. [Tesis de posgrado]. Bogotá: Universidad De La Sabana; 2012. [citado 17 septiembre 2020]. Disponible en:  
[https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3732/Mauricio%20Cenohier%20Torrejano%20Buitrago\\_trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3732/Mauricio%20Cenohier%20Torrejano%20Buitrago_trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

69. Wei H, Roscigno C, Swanson K. Parents' perceptions of healthcare providers' caring: Nothing is too small for parents and children with congenital heart disease hospitalized for heart surgery *Heart & lung: the journal of critical care*. [Internet]. 2017. [citado 9 septiembre 2020]; 46(10): 1-7. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/314087567\\_Parents'\\_perceptions\\_of\\_healthcare\\_providers'\\_caring\\_Nothing\\_is\\_too\\_small\\_for\\_parents\\_and\\_children\\_with\\_congenital\\_heart\\_disease\\_hospitalized\\_for\\_heart\\_surgery](https://www.researchgate.net/publication/314087567_Parents'_perceptions_of_healthcare_providers'_caring_Nothing_is_too_small_for_parents_and_children_with_congenital_heart_disease_hospitalized_for_heart_surgery)
70. Lozano G, Silva C. Propuesta de cuidados de enfermería basado en los cuidados de Kristen Swanson para los pacientes con epoc y ventilación mecánica hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo e intermedio de un hospital de tercer nivel de atención. [Tesis de posgrado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia;2014 [citado 19 abril 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/49590/1032409922.%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
71. Salamanca J, Madrid P, Mejía G, Martínez M. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. *Repertorio médico Elsevier* [Internet]. 2015 [citado 19 abril 2020]; 25(2): 89-94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012173721600011X?via%3Dihub>
72. Rivera L. El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *Rev.EnfermUnal* [Internet]. 2008 [citado 17 abril 2020]; 26 (1): 124-133. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12892/13652>
73. Moreno L, Osorio L, Forero C, Camargo F. Percepción del rol de la enfermera en un programa de rehabilitación cardíaca. *Revenfermeria.sld.cu*. [Internet]. 2020 [citado 1 octubre 2020]; 30 (1) Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/471/81>

74. Padilla M, Ros N, Raventós A, Escribano V, Luengo Cascudo Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardiaca. Infor.webnode. [Internet]. 2011 [citado 1 octubre 2020]; 14(3): 22-26 Disponible en: <http://files.insuficienciacardiaca.infor.webnode.es/200000006-07bdb08b43/insuficiencia%20cardiaca%20telefono.pdf>
75. Nava B, González A, Torres R, Hernández J. Proceso de enfermería para pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). RevEnfermIMSS. [Internet].2003 [citado 25 agosto 2020].; 11(3): 151-158 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2003/eim033e.pdf>
76. Monserrat L, Puntunet B. Principales cuidados de enfermería en la persona con cardiopatía isquémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [Internet]. 2008 [citado 20 septiembre 2020]. 16 (2): 55-61 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en082d.pdf>
77. Rodríguez A, Cañón W. Vista de Seguimiento de enfermería a un paciente con infarto agudo del miocardio: un reto de vida. RevistaCuid [Internet]. 2011 [citado 14 septiembre 2020]; 2(1): 188-194 Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/56/694>
78. Mollá J, Moreno S, Trejo L. Impacto económico y social de la comorbilidad ansioso depresiva en mujeres tras infarto agudo de miocardio. RevistaIps [Internet]. 2018[Citado 19 septiembre 2020];6(21) 18-23. Disponible en: [http://sportsem.uv.es/j\\_sports\\_and\\_em/index.php/rips/article/viewFile/128/167](http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/viewFile/128/167)
79. Turner K, Winder R, Campbell J, Richards D, Gandhi M, Dickens C. Patients' and nurses' views on providing psychological support within cardiac rehabilitation programmes: a qualitative study. BMJ. [Internet]. 2017.[citado 2 octubre 2020];7(1). Disponible en: [https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e017510?cpetoc=&utm\\_source=trend\\_md&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=jnnp&utm\\_content=trendmd4](https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e017510?cpetoc=&utm_source=trend_md&utm_medium=cpc&utm_campaign=jnnp&utm_content=trendmd4)

80. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población en estudio. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2017 [citado 21 febrero 2021]; 35 (1): 227 - 232. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
81. González L., Sosa J., Fierro S. Muestreo virtual online basado en redes sociales para localización de teletrabajadores como participantes de un estudio realizado en Victoria de Durango, México. *Revista de Tecnología y Sociedad* [Internet]. 2019 [[citado 21 febrero 2021]; 8 (15): 1 - 18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prts/v8n15/2007-3607-prts-8-15-21.pdf>
82. Unidad de Salud. Diciembre disparó el segundo pico de la pandemia en el país. *El tiempo* [Internet]. 2021 [citado 14 febrero 2021]; Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/segundo-pico-de-la-pandemia-de-covid-19-en-colombia-559752>
83. Resolución 012 de 2021. Bogotá: Secretaría de salud; 2021. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos\\_I/Resol\\_012\\_2021\\_Declara\\_Aler ta\\_Roja.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/Resol_012_2021_Declara_Aler ta_Roja.pdf)
84. Secretaria distrital de gobierno. Bogotá pasa de alerta roja a alerta naranja y decreta nuevas medidas. Gobierno de Bogotá [Internet]. 2021 [citado 14 febrero 2021]; Disponible en: <http://www.gobiernobogota.gov.co/noticias/nivel-central/bogota-pasa-alerta-roja-alerta-naranja-y-decreta-nuevas-medidas>
85. Ministerio de salud Colombia: Vacunación contra el COVID-19 [Internet]. 2021 [citado 14 febrero 2021]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>
86. Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios [Internet]. *Federacion-matronas.org*. [citado el 22 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6125935>

87. Fhi. The Science Of Improving Lives. [Internet]. 2005. Currículo de Capacitación sobre Ética de la Investigación para los Representantes Comunitarios. [citado 23 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sp/RETC-CR/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSpr/Contents/SectionVI/b6sl71.htm#:~:text=El%20Consejo%20de%20Organizaciones%20Internacionales,y%20las%20modific%C3%B3%20en%202002.>
88. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. Minsalud.gov.co. 1993 [citado 22 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
89. Ley 911 de 2004 [Internet]. Secretaria del Senado. 2004 [citado 22 octubre 2020]. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0911\\_2004.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0911_2004.html)
90. Montañez. C, Rodriguez. A. Seguimiento de Enfermería a un paciente con infarto agudo del miocardio: Un reto de vida. Scielo [Internet]. 2011 [citado 17 octubre 2021]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v2n1/v2n1a14.pdf>
91. Gómez Palomar M, Casajús Pérez G, Gómez Palomar C, Martínez Momblán A. Percepciones y experiencias vividas por el paciente con un primer infarto, e impacto en su entorno social, familiar y laboral. EnferCardiologia. [Internet] 2012 [citado 25 de octubre del 2021]; 2(1): 67-75. Disponible en [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/55\\_56\\_10.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/55_56_10.pdf).
92. Díaz P, Martínez S, Sanabria A. Caracterización de las personas con disfunción sexual post infarto agudo de miocardio (IAM). Universidad Cooperativa de Colombia. [Internet]. 2020 [citado 25 de octubre de 2021]; Disponible en [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/32876/1/2020\\_MendezSlendyySuarezNicolasySanabriaAngiee\\_caracterizacion\\_de\\_las\\_personas\\_con\\_disfuncion\\_sexual\\_post\\_infarto\\_agudo\\_de\\_miocardio\\_IAM.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/32876/1/2020_MendezSlendyySuarezNicolasySanabriaAngiee_caracterizacion_de_las_personas_con_disfuncion_sexual_post_infarto_agudo_de_miocardio_IAM.pdf)

93. Coral R., Colmenares J., Niño C. Manejo de medicamentos en casa, en personas con enfermedad crónica no transmisible (ECNT) y cuidadores. Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica [Internet]. 2015 [Citado 25 octubre de 2021]. Disponible en: <https://revistas.udca.edu.co/index.php/ruadc/article/view/450/378>
94. Franklin SS, López VA, Wong ND, Mitchell GF, Larson MG, Vasan RS, et al. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. Circulation. Pubmed. [Internet] 2009 [Citado 29 octubre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19118251/>
95. Oscanoa, T. Acceso y usabilidad de medicamentos: propuesta para una definición operacional Scielo.org.pe. [Internet] 2015 [citado 29 octubre de 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000100018](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100018)
96. Sánchez-Delgado, J., Angarita-Fonseca, A., Jácome Hortúa, A., Malaver-Vega, Y. Schmalbach-Aponte, E. y Díaz-Díaz, C. Barreras para la participación en programas de rehabilitación cardiaca en pacientes sometidos a revascularización percutánea por enfermedad coronaria. ScienceDirect.[Internet] 2016 [Citado el 29 de octubre de 2021].Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563315001990#bib0255>
97. Fernandez Sanchez, K. Prevalencia de causas de reinfarto al miocardio Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Repositorio Académico. [Internet] 2017 [Citado el 29 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4267>