



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Calidad de vida en pacientes con enfermedades
cardiovasculares que acuden a una clínica especializada
ubicada en Lima Norte, 2022

PRESENTADO POR

Moreno Susanibar, Maria Karina
Ramos Ramos, Leonela Cecilia

ASESOR

Millones Gomez, Segundo German

Lima, Perú, 2022

Agradecimiento

El agradecimiento a Dios por permitirnos llegar hasta aquí en segundo lugar agradecemos a nuestros familiares por la ayuda que nos brindaron ha sido sumamente importante no fue fácil culminar con éxito esta tesis, sin embargo, fueron ustedes nuestra gran motivación, también agradecemos a nuestros maestros quienes nos brindaron su apoyo absoluto en este proceso y brindarnos sus conocimientos para forjarnos como profesionales.

Dedicatoria

El estudio presente dedicamos a nuestros padres quienes con amor nos forjan para ser mejor persona y crecer profesionalmente y maestros que nos brindaron su apoyo incondicional en este trayecto para hacer realidad la culminación de nuestra tesis y poder culminar nuestros estudios de Enfermería con éxito.

Índice General

Agradecimiento	1
Dedicatoria.....	2
Índice General.....	3
Índice de Tablas.....	4
Índice de Anexos.....	5
Resumen.....	6
Abstract.....	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIALES Y METODOS	19
III. RESULTADOS.....	25
IV. DISCUSIÓN.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS	53

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022 (N=120).....	25
Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022 (N= 120)	27
Tabla 3. Calidad de vida en su dimensión funcionamiento físico (N= 120).....	28
Tabla 4. Calidad de vida en su dimensión rol en funcionamiento/físico (N= 120)	29
Tabla 5. Calidad de vida en su dimensión dolor (N= 120)	30
Tabla 6. Calidad de vida en su dimensión salud general (N= 120).....	31
Tabla 7. Calidad de vida en su dimensión energía/ fatiga (N= 120)	32
Tabla 8. Calidad de vida en su dimensión función social (N= 120)	33
Tabla 9. Calidad de vida en su dimensión función emocional (N= 120)	34
Tabla 10. Calidad de vida en su dimensión bienestar emocional (N= 120)	35
Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud en su dimensión cambio de salud (N= 120).....	36

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	54
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	55
Anexo C. Consentimiento informado.....	62
Anexo D. Acta del Comité de Ética	64
Anexo E. Evidencias del Trabajo de Campo	65

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022.

Materiales y métodos: El enfoque fue cuantitativo y el diseño descriptivo/transversal. Se contó con la participación de 120 pacientes y se aplicó el cuestionario SF-36 de 36 ítems y 9 dimensiones.

Resultados: En cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel alto con 43,3% (n=52), seguido de muy alta con 32,5% (n=39), baja con 13,3% (n=16) y finalmente promedio con 10,8% (n=13). Según sus dimensiones, en funcionamiento físico predominó un nivel muy alto con 55% (n=66), en rol en funcionamiento/físico predominó un nivel muy alto con 71,7% (n=86), en dolor predominó el nivel muy alta con 71,7% (n=86), en salud general predominó el nivel promedio con 60,8% (n=73), en energía/fatiga predominó un nivel alto con 42,5% (n=51), en función social predominó el nivel alto con 36,7% (n=44), en función emocional predominó un nivel muy alto con 55,8% (n=67), en bienestar emocional predominó el nivel alto con 62,5% (n=75), finalmente en cambio de salud, predominó el nivel alto con 58,3% (n=70).

Conclusiones: En cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel alto, seguido de muy alto, bajo y finalmente promedio. Según las dimensiones, en cuanto a funcionamiento físico, rol en funcionamiento/físico, dolor y función emocional, predominó muy alta, según la dimensión salud general predominó promedio y finalmente, según las dimensiones energía/fatiga, función social, bienestar emocional y cambio de salud predominó un nivel alto.

Palabras clave: Calidad de vida; Pacientes; Enfermedades cardiovasculares (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the quality of life in patients with cardiovascular diseases attending a specialized clinic located in Lima Norte, 2022.

Materials and methods: This is a quantitative approach with a cross-sectional descriptive design. 120 patients participated in this research and it was applied the SF-36 questionnaire with 36 items and 9 dimensions.

Results: Regarding quality of life, the high level predominated with 43.3% (n=52), followed by the very high level with 32.5% (n=39), the low level with 13.3% (n=16) and finally the average level with 10.8% (n=13). According to its dimensions, the very high level predominated in physical functioning with 55% (n=66) as well as in role in functioning/physical with 71.7% (n=86) and in pain with 71.7% (n=86), the average level predominated in general health with 60.8% (n=73), the high level predominated in energy/fatigue with 42.5% (n=51) and in social function with 36.7% (n=44), the very high level predominated in emotional function with 55.8% (n=67), the high level predominated in emotional well-being with 62.5% (n= 75), finally the high level predominated in change of health with 58.3% (n=70).

Conclusions: Regarding the quality of life, the high level predominated, followed by the very high, low and average level. According to the dimensions, the very high level predominated in terms of physical functioning, role in functioning/physical, pain and emotional function, the average level predominated in the general health dimension and finally, the high level predominated in the dimensions of energy/fatigue, social function, emotional well-being and change of health.

Keywords: quality of life; patients; cardiovascular diseases (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son un grupo de enfermedades de evolución crónica que son fuente de morbilidad/mortalidad en todas las regiones del planeta, afectando a personas de todos los grupos etarios, regiones y países. Estas enfermedades generalmente se vinculan con grupos de edades mayores, pero actualmente se evidencia que las defunciones atribuidas a las ENT se dan principalmente entre edades de 30-69 años. El número de defunciones anuales que dejan las ENT son alrededor de 41 millones, que es equivalente al 71% de defunciones globales por año. Las ENT más importantes son las enfermedades cardiovasculares (ECV) que son responsables de casi 18 millones de defunciones anuales, siendo una gran proporción de estas muertes prematuras y evitables. La vida urbana, la mala alimentación, vida sedentaria y el consumo de sustancias nocivas para el organismo, son patrones que se ven cada vez más en las personas y ello incrementa su riesgo de morir por una ECV/ENT (1).

Las ECV constituyen un grupo de patologías que se relacionan a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, incluyendo cardiopatías coronarias, problemas cerebrovasculares y cardiopatías reumáticas. La mayor cantidad de defunciones por ECV se deben a las cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares (alrededor de 4 de cada 5 fallecidos), también se señala que un 33% de estas defunciones se dan de forma prematura en personas con menos de 70 años. Más del 75% de defunciones por ECV se dan en naciones de ingresos bajos/medianos (2). Las personas con diagnóstico de ECV van a experimentar un sinnúmero de síntomas físicos que incluyen fatiga, disnea o dolor torácico, lo cual afectara su bienestar físico, emocional y social con un deterioro importante de su calidad de vida (CV). Las medidas para mejorar la CV de estos pacientes (salud física y emocional) deben ser integrales y sostenidas en el tiempo (3).

Lograr una buena CV, por lo tanto, es crucial para los pacientes que padecen enfermedades cardíacas. Por ende, la CV es la medida en que un individuo puede sentir y disfrutar todos los eventos importantes de la vida de manera próspera ya que mide el bienestar de los individuos, las comunidades y naciones. En Indonesia por medio de un trabajo mostraron que el 94% de los encuestados

con antecedentes de ECV tenían una buena calidad de vida, con un 85% con un aspecto ambiental adecuado, un 60,7% con relaciones sociales activas, un 54,7% con buena salud física y un 44,8% con una salud psicológica estable. A pesar de tener antecedentes de ECV, la mayoría de los participantes reportaron buena CV (4).

La mayoría de los pacientes con cardiopatía coronaria (CC) experimentan una disminución en la CV que puede empeorar el pronóstico. En el continente de Asia (Indonesia), realizaron un trabajo transversal seleccionando intencionadamente 90 pacientes, donde se encontró que la CV de los pacientes con CC tiene un valor promedio de 63,29. Hasta el 88,9% de los pacientes con cardiopatía coronaria se categorizaron como de buena CV (5).

En Fontan-Francia, realizaron un trabajo donde evidenciaron que, de los 65 pacientes elegibles, 60 (23 mujeres; edad media \pm DE: 25,7 \pm 7,2 años) respondieron el cuestionario SF-36 y 46 de ellos fueron entrevistados para evaluar su CV percibida. Entre ellos, 20 (33,3%) trabajaban a tiempo completo y 21 (35%) experimentaban arritmias. Las puntuaciones físicas del SF-36 fueron inferiores en los pacientes que en la población general ($p \leq 0,05$). La clase y ocupación se correlacionaron con las puntuaciones de actividad física del SF-36 (respectivamente, $p = 0,0001$ y $p = 0,025$). Las puntuaciones del estado psicológico del SF-36 se asociaron con el número de drogas y la ocupación (respectivamente, $p = 0,0001$ y $p = 0,02$). La puntuación media de la CV medida mediante una escala analógica lineal fue de 7,02 \pm 1,6 y se relacionó con la educación y ocupación ($p \leq 0,05$), pero no con los parámetros cardíacos. Asimismo, deducen que los pacientes adultos de Fontan percibieron una salud física deteriorada, pero reportan una buena CV en general (6).

La ECV afecta sin presidentes a la CV de los pacientes principalmente en la dimensión física, emocional y social. En Grecia a través de una investigación mencionaron que la edad media de los pacientes fue de 63,31 \pm 14,07. El análisis reveló efectos principales estadísticamente significativos de la edad sobre las limitaciones físicas y emocionales, el funcionamiento social y el dolor. Además, el análisis evidencio efectos principales significativos de la educación ($p < 0,05$). Los participantes que se habían graduado de la escuela primaria tenían puntajes

de CV significativamente más bajos que los graduados de educación superior en el examen físico ($p < 0,02$). Además, en la subescala de dolor del SF-36, el grupo de insuficiencia cardíaca presentó una CV significativamente menor que las demás cardiopatías ($p = 0,03$) (7).

A pesar de que las condiciones cardíacas afectan significativamente la calidad de vida, otros factores también juegan un papel importante que pueden ocasionar o empeorar la salud física y emocional del paciente. En Arabia Saudita mediante un trabajo informaron que, de los 343 pacientes inscritos, se encontró a 93 (27,1%) que tenían patologías mentales. La puntuación de CV fue de $4,25 \pm 0,85$. Asimismo, se halló que los pacientes cardíacos con algún problema psicológico tenían puntajes más bajos estadísticamente significativos en la CV que en pacientes sin problemas mentales. En particular, el dominio de la salud psicológica mostró la mayor diferencia entre los dos grupos (76,9 vs 87,8, $P < 0,001$), mientras que el dominio del medio ambiente mostró la menor diferencia entre ellos (80,2 vs 87,9, $P < 0,001$). Dentro de cada dominio de CV, los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y trastornos psiquiátricos mostraron la CV más baja tanto en el dominio físico (51,4 frente a 71,3; $P < 0,02$) como en el dominio social (64,7 frente a 81,9, $P < 0,05$), mientras que las pacientes con cardiopatía valvular y trastornos psiquiátricos presentaron la CV más baja en el dominio psicológico (74,6 vs 85,7; $P < 0,001$) y las pacientes con arritmias y trastornos psiquiátricos en el dominio ambiental (80 vs 86,2; $P < 0,02$) (8).

En Bangladesh mediante una investigación revelaron que la media de la CV relacionada con la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) fue de 94,16 (DE = 3,20) sobre un máximo de 105. Esta puntuación alta indico un empeoramiento de la CV de los pacientes con ICC. La puntuación media de la CV general de los pacientes con ICC se calculó como 41,05 (DE = 5,109) de un máximo de 130, lo que indico un bajo nivel de CV general. Se ha encontrado una correlación positiva significativa entre la CV relacionada con la enfermedad y la CV general de los pacientes con ICC. Las dimensiones de física ($r = 0,248$, $p = 0,000$), mental ($r = -0,180$; $p < 0,001$) y total ($r = -0,141$; $p < 0,001$) se correlacionaron significativamente con la dimensión psicológica. El sexo, estado civil, la

educación, los ingresos, el tabaquismo, la residencia y el IMC se identificaron como factores que tienen un efecto sobre la CV de los pacientes con la enfermedad (9).

En la actualidad, la enfermedad por COVID-19 se ha convertido en una emergencia de salud pública mundial, lo que representa una gran amenaza para la salud humana. En China identificaron a través de un trabajo que la CV general de los pacientes con cardiopatía coronaria durante la COVID-19 fue mala, con una puntuación media de $65,99 \pm 10,97$. Además, mostraron que la preocupación por el COVID-19 ($P < 0,05$) y los diferentes tipos de intervención de ejercicio ($P < 0,05$) fueron los principales factores que afectaron la CV de los pacientes. Por tanto, se deben tomar medidas positivas para proporcionar asesoramiento psicológico para aliviar su sentimiento de preocupación. También, la práctica de ejercicio es importante para mejorar la función física (10).

Es probable que los pacientes con accidente cerebrovascular experimenten una CV deteriorada, especialmente durante la emergencia sanitaria que experimentamos. En un estudio realizado en China, reclutaron un total de 172 pares emparejados (344 pacientes) en la que tuvieron las puntuaciones del componente físico y mental más altas entre los pacientes con ictus durante la pandemia ($44,20 \pm 18,92$ y $54,24 \pm 19,08$) que antes del COVID-19 ($37,98 \pm 14,52$ y $43,50 \pm 20,94$). La CV de los pacientes chinos con ACV fue más alta durante que antes de la pandemia de COVID-19. Finalmente deducen que, se debe construir un mejor entorno de servicio de atención médica para ayudar a reducir las emociones negativas asociadas con la pandemia y, aumentar el bienestar de los pacientes (11).

En Brasil, hicieron una investigación, donde señalaron que los pacientes sin insuficiencia cardíaca (IC) tuvieron una puntuación media en el SF-36 significativamente mayor que aquellos con IC ($499,8 \pm 139,1$ vs $445,4 \pm 123,8$; $p = 0,008$). La capacidad funcional-capacidad y dificultad para realizar actividades comunes de la vida cotidiana- fue significativamente peor ($p < 0,0001$) en los pacientes con IC independientemente del sexo y la edad. La evaluación de la CV en la atención primaria podría ayudar a identificar a los pacientes que se

beneficiarían de un programa de atención proactiva con más énfasis en el apoyo multidisciplinario y social (12).

En nuestro país contamos con un sistema de salud público con escasez y limitaciones en recursos (Humanos, infraestructura, logística), además de estar fragmentado. Esta situación dificulta cumplir con la actividad asistencial y de promoción de la salud a la vez. La llegada de la pandemia hizo ver en toda su crudeza tal realidad, en donde la respuesta estatal resultó insuficiente y muchos la califican como un fracaso. Esto se agudizó más cuando se cerró la atención en los establecimientos de atención primaria (13). Los reportes y cifras para nuestro país no son alentadoras, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reportó que alrededor del 40% de peruanos presenta al menos una comorbilidad y un 25% presenta problemas de obesidad/sobrepeso. Finalmente también se informó que el 41,1% de los pobladores presenta riesgo cardiovascular en valores altos (14).

Comprender el alcance del deterioro de la CV debido a condiciones comórbidas subyacentes brinda una oportunidad importante y fácilmente identificable para abordar las preocupaciones de los pacientes sobre las consecuencias y el manejo de sus múltiples enfermedades crónicas (15).

La calidad de vida (CV) es descrita como “la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura en la que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (16). Asimismo, puede entenderse como los valores, las perspectivas, la satisfacción, las condiciones de vida, los logros, la funcionalidad, los contextos culturales y la espiritualidad. Por ende, abarca la satisfacción o bienestar individual frente a la condición de salud, enfermedad o tratamiento (17).

Comprender la CV, es de suma importancia, debido a que alivia los síntomas, la atención y la rehabilitación de los usuarios. Los problemas revelados por la CV auto informada por los pacientes pueden conducir a modificaciones y mejoras en el tratamiento y la atención o pueden mostrar que algunas terapias ofrecen pocos beneficios (18). La CV es una medida del valor asignado a la duración de la vida modificado por desequilibrios funcionales, conductas asumidas, percepciones y

oportunidades, influenciado por patologías presentes, secuelas de estas, tratamiento elegido y políticas de salud (19).

En este presente estudio será utilizado el instrumento SF-36 (Short-Form), que permite medir la CV en pacientes (20). Este cuestionario es autoaplicativo, que cuenta con componentes 7dimensiones esenciales las cuales son descritas en las siguientes líneas: **la función física es** entendida como es la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (21); **el rol físico** es referida a la condición que desempeña en sus funcionamientos rutinarios (22); el **dolor corporal** está basado en la experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial en cuerpo del ser humano (23); **la salud general es** un estado de equilibrio que un individuo ha establecido dentro de sí mismo y entre él mismo y su entorno social, y físico (23); **la vitalidad** es definida como sentimiento de energía y representa una fuerza interior, que facilita al bienestar del individuo para la realización de sus quehacer (24); **la función social** está basado en las interacciones de un individuo con su entorno y la capacidad de cumplir su función en ambientes tales como el trabajo, las actividades sociales y las relaciones con la pareja y la familia (25); **el rol emocional** consiste en que las personas reaccionan o se expresan de adecuado a las demandas situacionales de la vida (26); **la salud mental**, se define la capacidad de bienestar que el ser humano presenta ante circunstancias o tensiones normales durante su ciclo de vida (27) y por último, un factor importante, que no está incluido dentro de ellas, pero se considera como la transición de salud en la que es descrita como el proceso evolutivo de la salud del individuo ante una afección o recuperación de su propio bienestar (28). Además, este cuestionario está valorado de 0=peor CV a 100=mejor CV. Cuan mayor sea en puntaje, mayor será la CV del sujeto.

Las ECV son trastornos del corazón y del sistema circulatorio. Es un conjunto de enfermedades heterogéneas cuya causa subyacente de desarrollo es con mayor frecuencia la aterosclerosis. Las ECV son enfermedades crónicas que van evolucionando paulatinamente a lo largo de la vida, y son asintomáticas durante mucho tiempo. Por lo general, solo la enfermedad avanzada causa síntomas o el primer síntoma puede ser la muerte súbita (29).

La ECV, principalmente el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular, son problemas clínicos que afectan la salud pública global. Su prevención primaria es prometedora, en teoría, pero difícil de poder lograrse en la práctica. Dentro de las principales medidas que han demostrado eficacia se incluyen cambios en el estilo de vida y terapias farmacológicas complementarias bajo la guía de un profesional de salud, las cuales se deben adaptar a cada paciente de forma particular. La prevención y el tratamiento de la pandemia de sobrepeso/obesidad y la falta de actividad física regular, la prevención/tratamiento de la hipertensión, evitar/dejar de fumar cigarrillos, adoptar/mantener una dieta saludable, y evitar el consumo en exceso de alcohol tienen, serán beneficioso para la disminución del riesgo cardiovascular en estas personas (30).

Los cuidados de enfermería en pacientes cardiovasculares, ocupa la mayor parte de los servicios de salud cardiovascular, ahí el trabajo se centra en la prevención y promoción de la salud eficaz para mejorar la CV y rehabilitación temprana de los pacientes con ECV (31). Asimismo, las enfermeras tienen como principal prioridad en los entornos sanitarios para enfermedades crónicas, el incluir siempre la educación del paciente, fomento del autocuidado, fomento del estilo de vida y así buscar cambio de comportamientos que favorezcan la salud (32).

El modelo de promoción de la salud de Pender Nola es importante porque enfatiza en los comportamientos que asumen las personas, que pueden ser saludable o no, eso dependiendo de su educación, cultura e influencia del entorno en que se desenvuelve. A través de la educación y promoción de la salud sostenida, se puede lograr que las personas pueden tomar conductas positivas que permitan cuidar de su propia salud. El compromiso del paciente dependerá de cuanto este sensibilizado y el entorno que lo rodea, así mismo debe entender que cuidar su salud a través de estilos saludables va en beneficio de su bienestar. Este modelo es una herramienta empleada por el enfermero a partir del cuidado brindado a la población sana y enferma (32).

Sudevan y colaboradores (33), en la India, durante el 2021, realizaron un estudio título fue “CVRS de los pacientes con enfermedad de las arterias coronarias bajo prevención secundaria: una encuesta transversal del sur de la India”. El estudio

fue transversal y conto con 1206 pacientes de 30 a 80 años de los cuales 879 (72,9%) eran varones. El instrumento aplicado era el SF-36, donde obtuvo como hallazgo una puntuación media (\pm desviación estándar) para el funcionamiento físico, las limitaciones del rol debido a la salud física, el dolor y la salud general fueron $66,48 \pm 29,41$, $78,96 \pm 28,01$, $80,96 \pm 21,15$ y $51,49 \pm 20,19$, respectivamente. Las puntuaciones de limitaciones de rol por problemas emocionales, energía/fatiga, bienestar emocional y funcionamiento social fueron $76,62 \pm 28,0$, $66,18 \pm 23,92$, $76,91 \pm 20,47$ y $74,49 \pm 23,55$. En el análisis de subgrupos, la edad, el sexo, el tipo de enfermedad de las arterias coronarias y tratamiento no mostraron una asociación significativa con ninguno de los 8 dominios de la CV. Además, la hipertensión y la diabetes no mostraron una asociación significativa con los dominios individuales de la CV. Concluyen que los pacientes con enfermedad arterial coronaria en tratamiento relacionado con la prevención secundaria tienen una CV subóptima tanto en el dominio físico como mental.

Cassiano y colaboradores (34), en Brasil, durante el 2020, efectuaron un trabajo con el título de “Efectos del ejercicio físico sobre el riesgo cardiovascular y la CV en ancianos hipertensos”. El estudio fue longitudinal, prospectivo con 48 participantes. El instrumento empleado era el SF-36, donde obtuvo como resultado La edad media fue de $66,5 \pm 4,8$ años. Los factores de RCV frecuentes fueron la dislipidemia (58,3%) y el sedentarismo (45,8%). Asimismo, se observó una mejora en los dominios físico, de salud y vitalidad del SF-36. Concluyeron que los ejercicios físicos constituyen una posible alternativa de bajo costo y efectiva en la mejora del perfil lipídico y la CV de los ancianos.

Alvarado y colaborador (35), en México, durante el 2020, elaboraron un estudio cuyo título fue “Relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la CV en pacientes con cardiopatía isquémica”. El estudio fue prospectivo y transversal y conto con 101 pacientes de una institución de tercer nivel de atención. Se empleó varios instrumentos, pero dentro de ellas resalto el SF-36, donde en los hallazgos se encontraron que predominio del género masculino y el 89,1% con educación básica. Asimismo, señalo que el 93% tiene una percepción de mejor CVRS, el 65% mostró baja adherencia al tratamiento y el

35% media adherencia, en el aspecto de autocuidado 69% mostró buena agencia de autocuidado y 30% regular. Concluyen que, al mejorar la capacidad de autocuidado y la adherencia al tratamiento, mejora la condición del paciente y su CV.

Chura (36), en Perú, durante el 2021, desarrollaron un trabajo con el título de “Depresión y CV del adulto mayor con HTA atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, ILave, 2021”. El estudio fue descriptivo-transversal y conto con 78 adultos mayores. Se empleó instrumento de calidad de vida en la que tuvo como resultado que en los adultos mayores predomino una CV regular (78,2%); asimismo una mala CV (14,1%); finalmente, buena (7,7%). Concluyéndose que existe relación entre sus variables principales (p-valor=0,001).

Lichardo (37), en Perú, durante 2019, efectuó un trabajo cuyo título fue “CV en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de Cardiología de un Establecimiento de Salud en Lima”. El estudio fue descriptivo-transversal y conto con 125 participantes. Se aplicó el SF-36 en donde tuvo como resultado una CV muy alta con 33,6% (n=42), seguido de promedio con 24% (n=30), alta con 20,8% (n=26), baja con 19,2% (n=24) y finalmente muy baja con 2,4% (n=3). En las dimensiones, el rol físico con 46,4%, rol emocional con 21,6% y función física con 11,2%, predomino muy baja, donde la dimensión más afectada era el rol físico. Concluyen que en la CV resalto muy alta, seguido de promedio, alta, baja y muy baja, excepto el rol físico.

Hoyos (38), en Perú, durante el 2022, realizaron un estudio cuyo título fue “CV con durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en SMP”. El estudio fue descriptivo/transversal y conto con 150. Aplicaron el cuestionario SF-36, donde predomino el nivel alto en calidad de vida (46,7%), seguido del bajo (22,7%), muy bajo con (11,3%), muy alto (11,3%) y promedio (8%). En las dimensiones, predomino los niveles muy altos en funcionamiento físico (36%), en rol en funcionamiento/físico (48%), en dolor (58,0%), en función emocional (51,3%), en los otros predomino los niveles altos en bienestar emocional (48%), en función social (41,3%) y cambio de salud (47,3%), excepto en salud general (55,3%) y en energía/fatiga (46,7%) que predomino los niveles

promedios. Concluye que fue más frecuente el nivel alto en CV y en los indicadores en nivel muy alto.

Las ENT, dentro de ellas las ECV, son patologías crónicas que vienen generando alta carga de mortalidad y morbilidad en la población global. Son de larga duración, y evolucionan de manera lenta, afectando a todos los grupos etarios y generando daño a nivel sistémico. Estas enfermedades deben ser atendidas oportunamente para evitar su avance y complicaciones que tienden a generar costos a las personas y sistemas de salud públicos. El indicador CV, es fundamental para conocer la condición de salud de una persona en varios dominios, siendo ello indispensable para poder realizar intervenciones en salud. De ahí la importancia de este estudio que busca valorar la CV en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Lo cual aportara evidencia científica para realizar mejoras en el cuidado y la atención de estos.

En cuanto a la justificación del estudio, podemos señalar que desde un inicio se realizó una minuciosa búsqueda de información científica sobre el tema, acudiendo a plataformas virtuales como repositorios y bases de datos, en dicha actividad se evidenció que existen escasos estudios que aborden el tema de CV en pacientes con ECV desde el enfoque de promoción de la salud, en su mayoría estos se orientan a la parte biomédica y terapéutica. En el lugar donde se hará el estudio no se encontró antecedentes, todo ello respalda y justifica la realización de la investigación, que aportara conocimiento actualizado que permita realizar un diagnóstico real de la situación de salud de los participantes para luego realizar acciones de mejora en salud.

En cuanto al valor practico del estudio, los hallazgos serán evidencia científica que permita mejorar la calidad y estilo de vida en pacientes con ECV.

En cuanto a la relevancia social, los hallazgos del presente estudio se traducirán en efectos positivos que beneficiaran a los pacientes que padecen de una ECV. Finalmente, en cuanto al valor metodológico, el estudio ya concluido se hizo teniendo como norte al método científico, que da las orientaciones metodológicas necesarias para la culminación exitosa del mismo. Los resultados

obtenidos permitirán fortalecer la línea de investigación en salud en enfermedades ENT y ECV.

Según lo señalado en los párrafos anteriores, el objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó desde la perspectiva del enfoque cuantitativo y el diseño metodológico asumido fue el descriptivo-transversal. Fue cuantitativo, ya que el instrumento de recolección de datos es cuantitativo y la variable central del estudio fue cuantificada mediante este a través de procesos estadísticos. Fue descriptivo porque nos muestra a la variable en su medio natural y es transversal porque valoro el fenómeno una sola vez en el tiempo que duro el estudio (39).

2.2 POBLACION

En el presente estudio se trabajó con la población total, es decir pacientes con ECV ya registrados y que acuden frecuentemente a la consulta en salud. La lista de estos, fue facilitada por los responsables del establecimiento de salud. En el registro de pacientes continuadores en la clínica es de 180 pacientes, finalmente tenemos que se contó con la participación de 120 participantes luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión señalados seguidamente.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con ECV que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte.
- Pacientes mayores de 18 años a más, que sean continuadores (tener más de una atención y contar con historia clínica).
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares que estén orientados en tiempo, espacio y persona.
- Pacientes que manifiesten su voluntad de participar.
- Pacientes que luego de recibir la información necesaria del estudio, den el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no estén lucidos.
- Pacientes que no presenten ECV.
- Pacientes que no deseen participar ni dar el consentimiento informado.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El presente estudio tuvo como variable principal al termino “calidad de vida”, según su naturaleza, es una variable cualitativa y su escala de medición es ordinal.

Definición conceptual:

Es la percepción subjetiva que realizan las personas, a partir de cómo se encuentra en los diversos dominios de su vida como en lo físico, social y emocional, vinculado a su salud general, lo cual influye en su grado de salud/bienestar (40).

Definición operacional:

Es la percepción subjetiva que realizan los pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, a partir de cómo se encuentra en los diversos dominios de su vida como en lo físico, social y emocional, vinculado a su salud general, lo cual influye en su grado de salud/bienestar, que se manifiesta en su función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y cambio de salud, siendo esto evaluado mediante el cuestionario SF-36.

2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La investigación en curso utilizo la técnica de la encuesta, usada frecuentemente en estudios de corte cuantitativo vinculados al área de la salud. La encuesta es una herramienta estandarizada que se destaca por su sencillez y flexibilidad en su aplicación permitiendo al investigador captar mucha información en poco tiempo, además de lograr adaptarse a las particularidades de los diferentes

participantes. La técnica de la encuesta es una herramienta que permite recopilar información de manera eficaz y organizada. Esta técnica permite indagar percepciones y preferencias de los individuos sobre un tema o temas de interés para el investigador (41).

Instrumento de recolección de datos:

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos o MOS. RAND corporación desarrolló la Encuesta de Salud de forma corta de 36 Elementos, llamada también SF-36. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Este Cuestionario está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario SF-36, tiene 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, energía/fatiga, función social, función emocional, bienestar emocional y cambio de salud, siendo este último no valorado) y 36 ítems que se respondieron con 3 opciones de respuestas (se puntuaron con los valores 0–50–100); las que tuvieron 5 opciones de respuestas (0–25–50–75–100); con 6 opciones de respuestas (0–20–40–60–80–100). Los 36 ítems tienen categorías con un recorrido de 0 a 100 (de la menor a la mayor CV posible) o viceversa. en el recorrido de la escala: de 0 a 100, con punto de corte en 50, por encima y por debajo del cual hay estados positivos o negativos de salud, tanto mejor mientras más se acerque al valor de 100, y tanto peor mientras más se acerque al valor de 0 (42)(43).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se solicitó la carta de visita correspondiente a la Universidad Ciencias y Humanidades, con ella se gestionó los accesos a las instalaciones de la clínica especializada ubicada en Lima Norte, para poder abordar a los pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden ahí.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en el mes de junio del presente año. A cada paciente participante se le informo sobre los alcances y que implica ser parte del estudio, luego se les invito a ser parte de él y den su consentimiento informado. El cuestionario fue facilitado en formato digital, específicamente en formulario Google. El llenado de la ficha de datos tomo un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos como promedio.

Validez y confiabilidad del instrumento:

En cuanto a la validez del instrumento, esta fue realizada por García y Lastra (44) con la participación de cinco jueces expertos, los cuales aportaron un puntaje de 90,16%, el cual es considerado como bueno. Asimismo, estos autores calcularon la confiabilidad, con una Alfa de Cronbach de 0,911. Estos resultados respaldan el uso del cuestionario en nuestra realidad.

2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO

El estudio a realizarse es cuantitativo y descriptivo a la vez, por ello para el análisis estadístico se usó la estadística descriptiva. Culminado el recojo de datos, estos fueron ingresados a una matriz generada en el programa IBM SPSS Statistics v.26 en español, ahí se hizo el análisis de datos propiamente dicho, aplicándose procesos descriptivos como tablas de frecuencia absoluta y relativa, medidas de tendencia central y la operación de variables involucradas. Los hallazgos más relevantes fueron presentados en tablas para su mejor entendimiento, con ello se realizó la redacción de los apartados resultados, discusión y conclusiones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

La ética va asociada con las actividades de investigación, en especial en aquellas en la que los participantes son seres humanos, ahí exige que el estudio se conduzca conforme a la práctica científica y los principios bioéticos. En la investigación presente participan específicamente pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, a ellos se les debe garantizar el respeto irrestricto de sus decisiones autónomas

y el respeto a sus derechos e integridad. Son dos los documentos que contienen los lineamientos éticos que permiten regular y dar el marco bioético a este estudio, la Declaración de Helsinki emitida en 1964 (45) donde enfatiza el respeto de la decisión del participante, llevándose a la práctica a través de la aplicación del consentimiento informado. También el Reporte Belmont emitido en 1978 (46), el cual hace referencia a los principios bioéticos como, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Seguidamente se explicará la forma como fueron aplicados cada uno de ellos.

Principio de autonomía

Resalta la capacidad de pensar y decidir libremente, siendo importante que esta decisión sea tomada en cuenta y respetada, lo señalado se lleva a la práctica a haciendo uso del consentimiento informado (47).

Se comunicó a los pacientes con enfermedades cardiovasculares participantes, sobre lo que implica ser parte del estudio, después se les solicitará el consentimiento informado, que permite su participación formal en este.

Principio de beneficencia

Este resalta la búsqueda del máximo beneficio posible para el participante, busca promover la salud y la vida. Este principio es la base que fundamenta el actuar del profesional de la salud (47).

Se explicó los beneficios que se deriven de la investigación a los pacientes con enfermedades cardiovasculares participantes.

Principio de no maleficencia

Resalta la obligación de evitar riesgos o daños al paciente o participante. Se debe mitigar los efectos negativos al máximo (48).

Se comentó a los pacientes con enfermedades cardiovasculares participantes, que el estudio no implica riesgos o peligro alguno, que pueda afectar su salud e integridad.

Principio de justicia

Insta a brindar un trato justo e igual a todos los participantes al momento de distribuir los beneficios, el cual debe ser equitativo (49).

Se brindó un trato cordial, respetuoso y equitativo a todos los pacientes con enfermedades cardiovasculares participantes.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022 (N=120)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	120	100,0
Edad	Mín. – Máx.	Media ± D.E
	28-59	43,30
Sexo	N	%
Femenino	43	35,8
Masculino	77	64,2
Estado civil	N	%
Soltero	15	12,5
Casado	31	25,8
Conviviente	72	60,0
Divorciado(a)	2	1,7
Grado de instrucción	N	%
Primaria	11	9,2
Secundaria	88	73,3
Superior	21	17,5
Condición de ocupación	N	%
Estable	25	20,8
Eventual	69	57,5
Sin Ocupación	26	21,7
Enfermedades sistemáticas asociadas	N	%
Diabetes Mellitus 2	97	80,8
HIV	2	1,7
Hipertension arterial	3	2,5
Hipotiroidismo	5	4,2
Artritis reumatoide	8	6,7
Ninguna	5	4,2

Elaboración propia.

En la tabla 1, se observa que, según la edad de los participantes, la edad mínima fue 28, la máxima 59 y la edad media 43,30 años. En cuanto al sexo de los participantes 77 participantes que representan el 64,2% eran masculinos y 43 participantes que representan el 35,8% de sexo femenino. En cuanto al estado civil, 72 participantes que representan el 60,0% es conviviente, seguido de 31

participantes que representan el 25,8% es casado, 15 participantes que representan el 12,5% es soltero y finalmente, 2 participantes que representan el 1,7% es divorciado. Según el grado de instrucción, 88 participantes que representan el 73,3% tiene secundaria, seguido de 21 participantes que representan el 17,5% tiene estudio superior y 11 participantes que representan el 9,2% tiene primaria. Según la condición de ocupación 69 participantes que representan el 57,5% tiene trabajo eventual, seguido de 26 participantes que representan el 21,7% sin ocupación y 25 participantes que representan el 20,8% es estable. En cuanto a las enfermedades sistémicas asociadas, 97 participantes que representan el 80,8% tiene diabetes mellitus 2, seguido de 8 participantes que representan el 6,7% presenta la artritis reumatoide, 5 participantes que representan el 4,2% tiene hipotiroidismo y ninguna enfermedad, 3 participantes que representan el 2,5% tiene hipertensión arterial y finalmente 2 participantes que representan el 1,7% presenta HIV.

Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022 (N= 120)

Calidad de vida	N	%
Muy baja	0	0,0
Baja	16	13,3
Promedio	13	10,8
Alta	52	43,3
Muy alta	39	32,5
Total	120	100,0

En la tabla 2, se observa que 52 participantes que representan el 43,3% presenta un nivel alto, seguido de 39 participantes que representan el 32,5% muy alta, 16 participantes que representan el 13,3% baja y finalmente, 13 participantes que representa el 10,8% un nivel promedio.

Tabla 3. Calidad de vida en su dimensión funcionamiento físico (N= 120)

Funcionamiento físico	N	%
Muy baja	0	0,0
Baja	11	9,2
Promedio	22	18,3
Alta	21	17,5
Muy alta	66	55,0
Total	120	100,0

En la tabla 3, se observa que 66 participantes que representan el 55% presentan un nivel muy alto, seguido de 22 participantes que representan el 18,3% un nivel promedio, 21 participantes que representan el 17,5% un nivel alto y 11 participantes que representan el 9,2% un nivel bajo.

Tabla 4. Calidad de vida en su dimensión rol en funcionamiento/físico (N= 120)

Rol en funcionamiento/ físico	N	%
Muy baja	22	18,3
Baja	0	0,0
Promedio	0	0,0
Alto	12	10,0
Muy alta	86	71,7
Total	120	100,0

En la tabla 4, se observa que 86 participantes que representan el 71,7% tiene un nivel alto, seguido de 22 participantes que representan el 18,3% un nivel muy baja y finalmente 12 participantes que representan el 10,0% un nivel alto.

Tabla 5. Calidad de vida en su dimensión dolor (N= 120)

Dolor	N	%
Muy baja	18	15,0
Baja	0	0
Promedio	9	7,5
Alto	7	5,8
Muy alta	86	71,7
Total	120	100,0

En la tabla 5, se observa que 86 participantes que representan el 71,7% presentan un nivel muy alto, seguido de 18 participantes que representan el 15,0% un nivel muy baja, 9 participantes que representan el 7,5% promedio y finalmente 7 participantes que representan el 5,8% alta.

Tabla 6. Calidad de vida en su dimensión salud general (N= 120)

Salud general	N	%
Muy baja	6	5,0
Baja	14	11,7
Promedio	73	60,8
Alto	5	4,2
Muy alta	22	18,3
Total	120	100,0

En la tabla 6, se observa que 73 participantes que representan el 60,8% presento un nivel promedio, seguido de 22 participantes que representan el 18,3% muy alta, 14 participantes que representan el 11,7% baja, 6 participantes que representa el 5,0% muy baja y finalmente 5 participantes que representan el 4,2% alto.

Tabla 7. Calidad de vida en su dimensión energía/ fatiga (N= 120)

Energía/ fatiga	N	%
Muy baja	5	4,2
Baja	17	14,2
Promedio	38	31,7
Alto	51	42,5
Muy alta	9	7,5
Total	120	100,0

En la tabla 7, se observa que 51 participantes que representan el 42,5% presenta un nivel alto, seguido de 38 participantes que representan el 31,7% un nivel promedio, 17 participantes que representan el 14,2% presenta baja, 9 participantes que representan el 7,5% presenta muy alta y finalmente, 5 participantes que representa el 4,2% muy baja.

Tabla 8. Calidad de vida en su dimensión función social (N= 120)

Función social	N	%
Muy baja	1	0,8
Baja	16	13,3
Promedio	22	18,3
Alto	44	36,7
Muy alta	37	30,8
Total	120	100,0

En la tabla 8, se observa que 44 participantes que representan el 36,7% presenta un nivel alto, seguido de 37 participantes que representan el 30,8% presenta un nivel muy alto, 22 participantes que representan el 18,3% promedio, 16 participantes que representan el 13,3% baja y finalmente 1 participante que representa el 0,8% muy baja.

Tabla 9. Calidad de vida en su dimensión función emocional (N= 120)

Función emocional	N	%
Muy baja	22	18,3
Baja	2	1,7
Promedio	0	0
Alto	29	24,2
Muy alta	67	55,8
Total	120	100,0

En la tabla 9, se observa que 67 participantes que representan el 55,8% presentan un nivel muy alto, seguido de 29 participantes que representa el 24,2% un nivel alto, 22 participantes que representa el 18,3% muy baja y finalmente, 2 participantes que representa el 1,7% baja.

Tabla 10. Calidad de vida en su dimensión bienestar emocional (N= 120)

Bienestar emocional	N	%
Muy baja	0	0,0
Baja	13	10,8
Promedio	22	18,3
Alto	75	62,5
Muy alta	10	8,3
Total	120	100,0

En la tabla 10, se observa que 75 participantes que representan el 62,5% presenta un nivel alto, seguido de 22 participantes que representan el 18,3% un nivel promedio, 13 participantes que represento el 10,8% un nivel baja y finalmente, 10 participantes que representan el 8,3% muy alta.

Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud en su dimensión cambio de salud (N= 120)

Cambio de salud	N	%
Muy baja	7	5,8
Baja	0	0,0
Promedio	21	17,5
Alto	70	58,3
Muy alta	22	18,3
Total	120	100,0

En la tabla 11, se observa que 70 participantes que representan el 58,3% presentan un nivel alto, seguido de 22 participantes que representan el 18,3% muy alta, 21 participantes que representan el 17,5% nivel promedio, 7 participantes que representan el 5,8% muy baja.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La vida urbana ha hecho que un porcentaje importante de la población este expuesta a los factores de riesgo de ENT y ECV, el ritmo acelerado para el desarrollo de actividades, la presión emocional, la vida sedentaria y la inadecuada alimentación, hace que las personas experimenten numerosos síntomas físicos y emocionales, que afectan su bienestar con un deterioro significativo de la CV. Por lo tanto, valorar el indicador CV es fundamental, ya que dará elementos de base que permitan tener un conocimiento de cómo está la condición de salud de las personas participantes en el estudio, por ello se busca determinar la CV en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte.

En cuanto a la CV, predominó el nivel alto con 43,3% (n=52), seguido de muy alta con 32,5% (n=39), baja con 13,3% (n=16) y finalmente promedio con 10,8% (n=13). La CV se entiende como los valores, las perspectivas, la satisfacción, las condiciones de vida, los logros, la funcionalidad, los contextos culturales y la espiritualidad. Por ende, abarca la satisfacción o bienestar individual frente a la condición de salud, enfermedad o tratamiento (17). Resultados similares a los nuestros obtuvo el estudio realizado por Hoyos (38), señaló que predominó una CV alta con 46,7%, seguido del bajo 22,7%, muy bajo con 11,3%, muy alto 11,3% y promedio 8%. Acudir a los controles de salud es un importante factor protector de CV. Lichardo (37), señaló que predominó una CV muy alta con 33,6%, seguido de promedio con 24%, alta con 20,8%, baja con 19,2% y finalmente muy baja con 2,4%. Alvarado y colaborador (35), señalaron que el 93% tiene una percepción de mejor CV. Asimismo, concluyen que, al mejorar la capacidad de autocuidado y la adherencia al tratamiento de la ECV, se modifica el estado de salud del paciente y se refleja en su CV. Sin embargo, Chura (36), señaló que la CV del 78,2% de los participantes tiene una CV regular; asimismo el 14,1% una mala CV y finalmente el 7,7% una CV buena. Los cuidados que se asuman y controles de salud serán determinantes para tener una buena o mala CV.

En cuanto a la dimensión funcionamiento físico, predominó un nivel muy alto de CV con 55,0% (n=66), seguido de promedio con 18,3% (n=22), alta con 17,5% (n=21), y finalmente, baja con 9,2% (n=11). En cuanto a la dimensión rol en funcionamiento físico, predominó un nivel muy alto con 71,7% (n=86), seguido de muy baja con 18,3% (n=22) y finalmente, alta con 10,0% (n=12). En pacientes con ECV, se ha demostrado que la fragilidad es un predictor de mortalidad, comorbilidades y discapacidad. Por ejemplo en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda descompensada, el deterioro funcional temprano después del alta se asocia con un aumento en la dificultad de las actividades de la vida diaria y un mayor riesgo de reingreso o muerte durante el próximo año (50). Hoyos (38), señaló que en las dimensiones que predominó los niveles muy altos de CV fueron funcionamiento físico (36%), en rol en funcionamiento/físico (48%) y en dolor (58,0%). Lichardo (37), señaló que en las dimensiones, el rol físico con 46,4%, rol emocional con 21,6% y función física con 11,2%, predominó niveles bajos, donde la dimensión más afectada era el rol físico. Tener controles de salud y asumir conductas de autocuidado favorece la CV.

En cuanto a la dimensión dolor, se puede observar que predominó el nivel muy alto en la CV con 71,7% (n=86), seguido de muy baja con 15,0% (n=18), promedio con 7,5% (n=9) y finalmente alta con 5,8% (n=7). El dolor es la expresión de algún tipo de malestar físico o emocional. En cuanto a la dimensión salud general, predominó el nivel promedio con 60,8% (n=73), seguido de muy alta con 18,3% (n=22), baja con 11,7% (n=14), muy baja con 5,0% (n=6) y alto con 4,2% (n=5). La salud general se entiende como un estado de equilibrio que un individuo ha establecido dentro de sí mismo y entre él mismo y su entorno social, y físico (23). Tener una enfermedad, y más aún si es crónica, hace que un individuo perciba que su salud general no es del todo buena.

En cuanto, a la dimensión energía/fatiga predominó un nivel alto con 42,5% (n=51), seguido de promedio con 31,7% (n=38), baja con 14,2% (n=17), alto con 7,5% (n=9) y finalmente muy baja con 4,2% (n=5). La energía y fatiga está vinculado a la salud general, a problemas físicos y emocionales. El deterioro de la salud puede generar desgano y agotamiento para desarrollar actividades de la vida y laborales. Cassiano y colaboradores (34), concluyeron que los ejercicios

físicos constituyen una posible alternativa de bajo costo y efectiva en la mejora del perfil lipídico y la CV de los participantes.

En cuanto a la dimensión función social, predominó el nivel alto con 36,7% (n=44), seguido de muy alta con 30,8% (n=37), promedio con 18,3% (n=22), baja con 13,3% (n=16) y finalmente, muy baja con 0,8% (n=1). Este indicador abarca las interacciones de un individuo con su entorno y la capacidad de cumplir su función en ambientes tales como el trabajo, las actividades sociales y las relaciones con la pareja y la familia (25). Otro estudio realizado por Sudevan y colaboradores (33), concluyeron que los pacientes con enfermedad arterial coronaria en tratamiento relacionado con la prevención secundaria, tienen una CV subóptima tanto en el dominio físico como mental. El entorno de un paciente con ECV puede asumir rol de factor protector o de riesgo, dependiendo de ello, la CV se expresará en buena o mala.

En cuanto a la dimensión función emocional, predominó un nivel muy alto con 55,8% (n=67), seguido de alto con 24,2% (n=29), muy baja con 18,3% (n=22), finalmente, baja con 1,7% (n=2). En cuanto a la dimensión bienestar emocional, predominó el nivel alto con 62,5% (n=75), seguido de promedio con 18,3% (n=22), baja con 10,8% (n=13) y finalmente, muy alta con 8,3% (n=10). Estos indicadores consisten en que las personas reaccionan o se expresan de acuerdo a las demandas situacionales de la vida; asimismo, la salud mental se considera como elemento de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial y puede hacer frente a las tensiones normales de la vida (26)(27).

En cuanto a la dimensión cambio de salud, predominó el nivel alto con 58,3% (n=70), seguido de nivel muy alta con 18,3% (n=22), promedio con 17,5% (n=21) y finalmente, muy baja con 5,8% (n=7). Las personas que padecen de alguna enfermedad crónica, suelen percibir que su enfermedad al año sigue ahí y de alguna manera afecta su bienestar. Si está controlada, es aún un peligro latente. Hoyos (38), señaló que en la dimensión función emocional (51,3%), predominó los niveles muy altos. Aunque señala que en las dimensiones bienestar emocional predominó un nivel alto con 48%, seguido de función social con 41,3%. Asimismo, la dimensión cambio de salud predominó un nivel alto con

47,3%, excepto en salud general con 55,3% y en energía/fatiga con 46,7% que predomino los niveles promedios.

Señalar que cuando una persona con ECV acude a sus controles médicos, se adhiere al tratamiento y practica estilos de vida saludables, puede tener controlada la enfermedad, traduciéndose ello en mejoras para su condición de salud y bienestar. Todo lo señalado es parte de los factores protectores de salud. Como vemos la CV tiene sus pilares en la salud física, emocional y social a la vez. Ante ello es indispensable que el personal de salud haga una buena valoración de la condición de salud de estos pacientes, identificando a que factores de riesgo se exponen continuamente, ya con ello se podría establecer acciones de salud que contribuyan a mejorar su bienestar y CV.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel alto, seguida de muy alta, baja y finalmente promedio.
- En cuanto a la dimensión funcionamiento físico, predominó muy alta, seguido de promedio, alta y finalmente, baja.
- En cuanto a la dimensión rol en funcionamiento/físico, predominó un nivel muy alto, seguido de muy baja y finalmente, alta.
- En cuanto a la dimensión dolor, predominó el nivel muy alto, seguido de muy baja, promedio y finalmente alta.
- En cuanto a la dimensión salud general, predominó el nivel promedio, seguido de muy alta, baja, muy baja y alto.
- En cuanto, a la dimensión energía/fatiga predominó un nivel alto, seguido de promedio, baja, alto y finalmente muy baja.
- En cuanto a la dimensión función social, predominó el nivel alto, seguido de muy alta, promedio, baja y finalmente, muy baja.
- En cuanto a la dimensión función emocional, predominó un nivel muy alto, seguido de alto, muy baja, finalmente, baja.
- En cuanto a la dimensión bienestar emocional, predominó el nivel alto, seguido de promedio, baja y finalmente, muy alta.
- En cuanto a la dimensión cambio de salud, predominó el nivel alto, seguido de nivel muy alta, promedio y finalmente, muy baja.

4.3 RECOMENDACIONES

- Según los hallazgos mostrados, los resultados son alentadores debido a las características de estos pacientes. Se sugiere de todos modos velar por la salud de los que tienen valores de CV debajo del promedio, es ahí donde la promoción de la salud debe jugar un rol fundamental.
- En cuanto a los pacientes con enfermedades cardiovasculares es de suma importancia recordar que la calidad de vida relacionada con la salud se ve afectada desde el mismo instante del diagnóstico la pronta intervención de enfermería a través de la orientación de los cambios de estilo de vida, y evitar la declinación de la CV.
- Enfermería mediante los cuidados e intervenciones oportunos para mejorar y prevenir la pérdida en la calidad de vida por el impacto en la hospitalización y complicaciones futuras que podrían desarrollar estos pacientes, reside en un aumento en su calidad de vida y con ello menores costos de atención y hospitalización.
- La enfermera (os) dentro de su perfil esta brindar educación en salud y proporcionar apoyo de autogestión, estas acciones tienen relevancia respecto de la ayuda que se debe de dar a los pacientes con diferentes patologías, fomentar en ellos y ellas la realización de planes de tratamiento que tengan mayor eficacia.
- El enfermero ejerce un papel importante en la CV y Promoción de la Salud. El "empoderamiento" y la Educación en Salud permiten un cambio de actitud y capacitación a las personas/ comunidad, soporte para adhesión a los tratamientos, motivación para identificar factores que interfieren en el tratamiento, como la práctica de ejercicio, dieta saludable y la participación activa.

- El enfermero desempeña papel importante en todos los niveles de atención, siendo profesional estratégico para proporcionar cambios en el estilo de vida de las personas, en cuanto a la calidad de vida, a través de su cuidado y del "empoderamiento" de la persona y su familia.
- Las actividades educativas que se programen, deben incidir en educar en la forma de como poder contrarrestar los factores de riesgo a los que se exponen los pacientes participantes con CV deteriorada.
- El trabajo extramural que contemple el seguimiento de estos pacientes puede ayudar a mantener un seguimiento más sostenido a estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Non-communicable diseases [Internet]. Ginebra-Suiza : OMS; 2021 [actualizado 13 de abril de 2021; citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization. Cardiovascular Diseases [Internet]. Ginebra-Suiza: WHO; 2022 [actualizado en 2022; citado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
3. Morys JM, Bellwon J, Höfer S, Rynkiewicz A, Gruchala M. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. Arch Med Sci. [Internet]. 2016 [citado 22 de mayo de 2022];12(2):326-33. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
4. Komalasari R, Nurjanah, Yoche M. Quality of life of people with cardiovascular disease: A descriptive study. Asian Pacific Island Nursing Journal [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];4(2):92-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6571918/#:~:text=The results showed that 94,>having a stable psychological condition.
5. Imanuna M, Eko H, Dwi T. Factors Related to the Quality of Life of Patients with Coronary Heart Disease at Saiful Anwar General Hospital, Malang. KnE Life Sciences [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];2021: 278-288. Disponible en: <https://knepublishing.com/index.php/KnE-Life/article/view/8887>
6. Soufi A, Gouton M, Metton O, Mitchell J, Bernard Y, Bozio A. Quality of life of adult Fontan patients. Cardiology in the Young [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];31(1):97-104. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/cardiology-in-the-young/article/abs/quality-of-life-of-adult-fontan->

patients/F410FC07C11F9C81D87047CC0C218E09

7. Chatzinikolaou A, Tzikas S, Lavdaniti M. Assessment of Quality of Life in Patients With Cardiovascular Disease Using the SF-36, MacNew, and EQ-5D-5L Questionnaires. *Cureus* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];13(9):e17982. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/70452-assessment-of-quality-of-life-in-patients-with-cardiovascular-disease-using-the-sf-36-macnew-and-eq-5d-5l-questionnaires>
8. Alzahrani A, Alqahtani A, Saleh A, Aloqalaa M, Abdulmajeed A, Nadhrah A. Quality of life of cardiac outpatients with and without psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery* [Internet]. 2022 [citado 2 de noviembre de 2021];58(1):1-8. Disponible en: <https://ejnnpn.springeropen.com/articles/10.1186/s41983-021-00444-8>
9. Costa LL, Islam MS, Anowar MN, Latif MA. Quality of Life of Chronic Heart Failure Patients. *Open J Nurs* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];10(09):831-57. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=102894>
10. Zhang J, Lyu S, Yin H, Ma J, Chen Z, Cui M. Investigation of the quality of life of patients with coronary heart disease during COVID-19 and analysis of influencing factors. *Psychology, Health and Medicine* [Internet]. 2022 [citado 2 de noviembre de 2021];27(2):409-420. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2021.1930074?scroll=top&needAccess=true>
11. Zhao L, Yang X, Yang F, Sui G, Sui Y, Xu B, et al. Increased quality of life in patients with stroke during the COVID-19 pandemic: a matched-pair study. *Scientific Reports* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];11(1):1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8119409/>
12. Jorge AJL, Rosa MLG, da Silva Correia DM, Martins W de A, Ceron DMM,

- Coelho LCF, et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com e sem insuficiência cardíaca na atenção primária. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2017;109(3):248-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5586232/>
13. Lossio J. Covid-19 in peru: State and social responses. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos* [Internet]. 2020 [citado 19 de mayo de 2023];28(2):581-585. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7558071/>
 14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad [Internet]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en abril de 2021; citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
 15. Abu HO, Saczynski JS, Ware J, Mehawej J, Paul T, Awad H, et al. Impact of comorbid conditions on disease-specific quality of life in older men and women with atrial fibrillation. *Qual Life Res.* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2024];29(12):3285-3296. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7686243/>
 16. World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* [Internet]. 1995 [citado 28 de febrero de 2022];41(10):1403-1409. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=ihub&_docanchor=&md5=9ffa87934275edd7180b52f5e973f002.
 17. Fumincelli L, Mazzo A, Martins J, Mendes I. Quality of life and ethics: A concept analysis. *Nursing Ethics* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];26(1):61-70. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733016689815>

18. Fayers P, Machin. Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes.. 2ª ed. Estados Unidos: Wiley; 2016.
19. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen J, Andersen M, Beisland E. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Quality of Life Research [Internet]. 2019 [acceso 6 de abril de 2022]; (10): 2641-2650. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6761255/#CR4>
20. Vilagut G, Ferrer M, Rajmi L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2005 [citado 27 de setiembre de 2021];19(2):135-150. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
21. Edholm P, Nilsson A, Kadi F. Physical function in older adults: Impacts of past and present physical activity behaviors. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];29(3):415-421. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sms.13350>
22. Sunde S, Hesseberg K, Skelton D, Ranhoff A, Pripp A, Aarønæs M, et al. Associations between health-related quality of life and physical function in older adults with or at risk of mobility disability. European Geriatric Medicine [Internet]. 2021 [citado 26 de abril de 2022];12(6):1-6. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-021-00525-0>
23. Raja S, Carr D, Cohen M, Finnerup N, Flor H, Gibson S. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet] 2021 [citado 4 de marzo de 2022];161(9):1-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/>

24. Ju H. The relationship between physical activity, meaning in life, and subjective vitality in community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2017 [citado 2 de noviembre de 2021];73:120-124. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494317302686?via%3Dihub>

25. Bosc M. Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 2000 [citado 2 de noviembre de 2021];41(1):63-69. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X00901330?via%3Dihub>

26. Tang Y, Tang R, Gross J. Promoting psychological well-being through an evidence-based mindfulness training program. *Frontiers in Human Neuroscience* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];13:1-5. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2019.00237/full>

27. Wren-Lewis S, Alexandrova A. Mental Health without Well-being. *Journal of Medicine and Philosophy* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];46(6):684-703. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8643588/#CIT0054>

28. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. The Spanish SF-36 Health Questionnaire: a decade of experience and new developments Gemma. *Gac Health* [Internet]. 2005 [citado 31 de marzo de 2022];19(2):1-14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007

29. Francula-Zaninović S, Nola I. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Current Cardiology Reviews* [Internet]. 2018 [citado 2 de noviembre de 2021];4(3):153-163. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131408/>

30. Caldwell M, Martinez L, Foster J, Sherling D, Hennekens C. Prospects for the Primary Prevention of Myocardial Infarction and Stroke. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];24(3):207-214. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1074248418817344?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub 0pubmed
31. Zhang C, Xiang C, Tian X, Xue J, He G, Wu X. Roles of Nursing in the Management of Geriatric Cardiovascular Diseases. *Frontiers in Medicine* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];8:1-5. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.682218/full>
32. Han E, Quek R, Tan S, Singh S, Shiraz F, Gea-Sánchez M, et al. The role of community-based nursing interventions in improving outcomes for individuals with cardiovascular disease. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];100:1-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748919302226?via%3Dihub>
33. Sudevan R, Raj M, Vasudevan D, Thachathodiyl R, Vijayakumar M, Abdullakutty J. Health-related quality of life of coronary artery disease patients under secondary prevention: A cross-sectional survey from South India. *Heart Surgery Forum* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];24(1):1-9. Disponible en: <https://journal.hsforum.com/index.php/HSF/article/view/3261/6343>
34. Cassiano ADN, da Silva TS, Do Nascimento CQ, Wanderley EM, Prado ES, Santos TM de M, et al. Effects of physical exercise on cardiovascular risk and quality of life in hypertensive elderly people. *Ciencia e Saude Coletiva* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];25(6):2203-2212. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FnM75WzhwK4v5YQFF9t76Zj/?lang=pt>

35. Alvarado-Guzmán M, Amaya J. Autocuidado relacionado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de Enfermería Neurológica* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];19(1):3-14. Disponible en: <http://www.ciberindex.com/index.php/rmec/article/view/e28302>
36. Chura J. Depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 [Tesis de licenciatura]. Puno-Perú: Universidad Nacional Del Altiplano; 2021 [citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/16686>
37. Lichardo U. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología de un Establecimiento de Salud de Surquillo [Tesis de licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2019 [citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3436/T061_45193421_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y
38. Hoyos E. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 [Tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2022 [citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/654/Hoyos_E_tesis_enfermeria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
40. Saverino A, Zsirai E, Sonabend R, Gaggero L, Cevasco I, Pistarini C, et al. Health related quality of life in COVID-19 survivors discharged from acute hospitals: results of a short-form 36-item survey. *F1000Research* [Internet] 2021 [citado 26 de abril de 2022];10(282):1-10. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/10-282>

41. Story D, Tait R. Survey research. *Anesthesiology* [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2022];130(2):1-10. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>
42. RAND Corporation. 36-Item Short Form Survey (SF-36) [Internet]. California-Estados Unidos: Rand Corporation; 2019 [actualizado en mayo de 2022; citado en mayo de 2022]. Disponible en: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
43. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [citado 3 de agosto de 2022];19(2):135-150. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
44. Lastra L, Garcia F. Calidad de vida en pacientes con Pie Diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2022 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/922/TEISIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *World Medical Association* [Internet]. 2021 [citado 30 de agosto de 2022]20(59):1-15. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
46. Brothers K, Rivera S, Cadigan R, Sharp R, Goldenberg A. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2019 [citado 30 de agosto de 2022];47(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>

47. Levitt D. Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS. *Healthcare Management Forum* [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2022];27(2):105-107. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.hcmf.2014.03.013?journalCode=hmfa>
48. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. *Int J Prev Med* [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2022];5(9):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>
49. Cantu P. *Bioetica e investigacion en salud*. 4ª ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
50. Uchmanowicz I, Łoboz-Rudnicka M, Szelağ P, Jankowska-Polańska B, Łoboz-Grudzien K. Frailty in heart failure. *Current Heart Failure Reports* [Internet] 2014 [citado 10 de julio de 2022];11(3):266-273. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11897-014-0198-4>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CV								
TÍTULO: Calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es la percepción subjetiva que realizan las personas, a partir de cómo se encuentra en los diversos dominios de su vida como en lo físico, social y emocional, vinculado a su salud general, lo cual influye en su grado de salud/bienestar (40).	Es la percepción subjetiva que realizan los pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, a partir de cómo se encuentra en los diversos dominios de su vida como en lo físico, social y emocional, vinculado a su salud general, lo cual influye en su grado de salud/bienestar, que se manifiesta en su función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y cambio de salud, siendo esto evaluado mediante el cuestionario SF-36.	*Funcionamiento físico	Actividad física vigorosa	10 (3-4-5- 6-7, 8-9-10-11-12)	*CV Muy Baja *CV Baja *CV Promedio *CV Alta *CV Muy Alta	0 a 20 puntos
				*Rol en funcionamiento / físico	Buena salud física para laborar	4 (13-14-15-16)		21 a 40 puntos
				*Dolor	Presencia de dolor	2 (21-22)		41 a 60 puntos
				*Salud general	Valoración de la salud actual	5 (1-33-34-35-36)		61 a 80 puntos
				*Energía/fatiga	Entusiasmo para hacer actividades	4 (23-27-29-31)		81 a 100 puntos Se realizó una reconversión de los valores de puntaje bruto obtenido inicialmente luego de sumar los puntos de las alternativas señalada por los participantes, luego estos son convertidos a una escala de 0-100.
				*Función social	Interacción con personas del entorno	2 (20-32)		
				*Función emocional	Equilibrio emocional	3 (17-18-19)		
				*El bienestar emocional	Tranquilidad-seguridad	5 (24-25- 26-28-30)		
				*Cambio de salud	Percepción de su salud (desde hace un año)	1 (2)		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, somos estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades, y estoy acá para pedir su colaboración en facilitarme ciertos datos que permitirán conocer la calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte. Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, lee cada pregunta con atención. Para poder marcar con una equis (X) la respuesta que nos brindara, se le pide que sea sisero(a) al momento de responder. Los datos obtenidos y su identidad personal son confidencial, no tienes por qué mostrarle a nadie sus respuestas. Pero es importante que respondas a todas las preguntas y que veamos tus marcas claramente. Si usted tiene alguna duda no dude en preguntarnos nosotras somos las encargadas de la investigación

III. DATOS GENERALES:

Edad en años:

Sexo:

- a. Femenino () b. Masculino ()

Grado de instrucción:

- a) Primaria () b) secundaria () c) Superior ()

Estado Civil:

- a) Soltero(a) () b) conviviente () c) casado(a) ()
d) divorciado () e) viudo(a) ()

Ocupación:

- a) Estable () b) Eventual () c) Sin ocupación ()
d) Jubilada(o) () e) Estudiante ()

Tiempo de enfermedad:

Enfermedades sistémicas asociadas: DM2 () HIV () HTA ()
Obesidad () Hipotiroidismo () Artritis reumatoide ()
Otras: _____ Ninguna ().

Marque una sola respuesta

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

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

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

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

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

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

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

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

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

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

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

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

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Si, me limita mucho
- b. Si, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Si, me limita mucho
- b. Si, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

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

- a. Si, me limita mucho
- b. Si, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

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

- a. Si, me limita mucho
- b. Si, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Si, me limita mucho
- b. Si, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

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

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

- a. Si
- b. No

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

- a. Si
- b. No

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

- a. Si
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

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

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Sí, mucho
- f. Sí, muchísimo

22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

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

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34) Estoy tan sano como cualquiera

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

Gracias por su colaboración

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022

Nombres y apellidos de los investigadores principales:

-Moreno Susanibar Maria Karina

-Ramos Ramos Leonela Cecilia

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su salud.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Moreno Susanibar María Karina, coordinadora de equipo, cuyo teléfono es 987545666 y correo electrónico mamorenos1@uch.pe.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez, presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Moreno Susanibar María Karina	
Nº de DNI	
48000347	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del documento.**

.....
Firma del participante

Anexo D. Acta del Comité de Ética



Licenciada el 21 de noviembre de 2017
Resolución N° 071-2017-SUNEDU/CD

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ACTA CEI N.º 035	06 de junio de 2022
------------------	---------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 06 del mes de junio del año dos mil veintidos, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES QUE ACUDEN A UNA CLINICA ESPECIALIZADA UBICADA EN LIMA NORTE, 2022"** con Código-035-22, presentado por el(los) autor(es): MORENO SUSANIBAR MARIA KARINA Y RAMOS RAMOS LEONELA CECILIA.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES QUE ACUDEN A UNA CLINICA ESPECIALIZADA UBICADA EN LIMA NORTE, 2022"**

Código-035-22

M.C. Segundo Germán Millones Gómez
Presidente
del Comité de Ética en Investigación

SGMG /RAC

www.uch.edu.pe

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

Anexo E. Evidencias del Trabajo de Campo

