



## INVESTIGACIÓN

Disponible en:

www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

## RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EL AUTOCUIDADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

### RELATIONSHIP BETWEEN THERAPEUTIC ADHERENCE AND SELF-CARE WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

<sup>1</sup>Mayra Susana Alvarado-Guzmán, <sup>2</sup>Jorge Alberto Amaya Aguilar

<sup>1</sup>Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

<sup>2</sup>Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Subjefe del Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Recibido el 12 de mayo de 2020 ; aceptado el 23 de agosto de 2020

## RESUMEN

**Introducción:** El paciente que sufrió infarto agudo al miocardio (IAM) debe adherirse al tratamiento (AT), mejorar su autocuidado y realizar cambios de estilos de vida para restablecer su salud, de lo contrario puede haber repercusión en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

**Objetivo:** Analizar la relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica.

**Método:** Estudio correlacional, prospectivo y transversal, en una institución de tercer nivel de atención. Muestra no probabilística de n=101 pacientes seleccionados por conveniencia; incluyó adultos, ambos sexos, post IAM. Datos recolectados con cuestionario SF-36; Self-Care Agency Scale, Adherencia farmacológica y no farmacológica The Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), datos sociodemográficos, bioquímicos y antropométricos. Análisis de datos con estadística descriptiva y prueba de Pearson, significancia estadística p<0.05.

**Resultados:** predominio del género masculino y el 89.1% con educación básica. El 39% con Hipertensión arterial (HTA) y 44% con Diabetes Mellitus II (DM II); el 51.5% de los pacientes presentaba sobrepeso y el 18.8% obesidad. El 93% tiene una percepción de mejor CVRS, el 65% mostró baja AT y el 35% media adherencia, en el aspecto de autocuidado 69% mostró buena agencia de autocuidado y 30% regular. El autocuidado se correlaciona con CVRS (r=0.447, p=0.000) y las dimensiones de capacidad de poder (r=0.443, p=0.000) y capacidad de operacionalización (r=0.418, p=0.000); mientras que la CVRS se correlaciona con la AT principalmente con el aspecto de

salud mental (r=0.472, p=0.000).

**Conclusión:** al mejorar la capacidad de autocuidado y la AT se modifica el estado de salud del paciente y se refleja en su calidad de vida, pero deben reforzarse las áreas de oportunidad en materia de prevención secundaria y control de factores de riesgo post IAM.

**Palabras clave:** adherencia terapéutica, autocuidado, calidad de vida, cardiopatía isquémica.

## ABSTRACT

**Introduction:** The patient who suffered acute myocardial infarction (AMI) must adhere to treatment (AT), improve their self-care and make lifestyle changes to restore their health, otherwise there may be an impact on their quality of life related to health (HRQL).

**Objective:** To analyze the relationship between therapeutic adherence and self-care with the quality of life of the patient with ischemic heart disease.

**Method:** Correlational, prospective and cross-sectional study in a third level of care institution. Non-probabilistic sample of n = 101 patients selected for convenience; It included adults, both sexes, post AMI. Data collected with questionnaire SF-36; Self-Care Agency Scale, Pharmacological and non-pharmacological adherence The Morisky Medication Adherence Scale, sociodemographic, biochemical and anthropometric data. Data analysis with descriptive statistics and Pearson's test, statistical significance p<0.05.

**Results:** age between 34 and 86 years, male predominance and 89.1% with basic education. 39% with arterial hypertension and 44% with diabetes mellitus II (DM II); 51.5% of the patients were overweight and 18.8% obese. 93% have a perception of better HRQoL, 65% showed low AT and 35% medium adherence, in the self-care aspect 69% showed good self-care agency and 30% regular. Self-care is correlated with HRQL (r= 0.447, p= 0.000) and dimensions with power ca-

## Dirección de correspondencia:

Mayra Susana Alvarado-Guzmán

Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, Código postal 14080, Ciudad de México. Tel. 55732911 Ext. 23300.

E-mail: alvarado18mayra@gmail.com

capacity ( $r = 0.443$ ,  $p = 0.000$ ) and operational capacity ( $r = 0.418$ ,  $p = 0.000$ ); while HRQL correlates with AT mainly with the mental health aspect ( $r = 0.472$ ,  $p = 0.000$ ).

**Conclusion:** by improving the capacity for self-care and AT, the patient's state of health is modified and reflected in their quality of life, but the areas of opportunity in terms of secondary prevention and control of post-AMI risk factors should be reinforced.

**Key words.** *Treatment adherence and compliance, self care, quality of life, myocardial ischemia.*

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial 17.7 millones de personas mueren cada año por enfermedades cardiovasculares, las cuales representan el 31% de las muertes en el mundo, cifra que se proyecta para el año 2030 aumente a 23.6 millones.<sup>1,2,3</sup> En México, el 19% de mujeres y hombres de 30 a 69 años mueren de enfermedades cardiovasculares, se pronostica que seguirá siendo la principal causa de muerte a nivel global y se perderán más vidas que con todos los tipos de cáncer y enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores combinadas.<sup>2</sup>

Uno de los problemas con mayor incidencia es la cardiopatía isquémica causante del 14.5% del total de fallecimientos, siendo esta una entidad clínica de gran relevancia.<sup>4</sup> Si se recibe atención oportuna y un tratamiento adecuado se puede evitar la muerte, la recidiva de la enfermedad, complicaciones y reingresos hospitalarios, por lo que el autocuidado y la adherencia terapéutica al tratamiento son actividades importantes para mejorar o mantener el estado de salud del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la falta de adherencia terapéutica es un tema prioritario de salud pública en los pacientes que tienen enfermedades crónicas por las consecuencias tanto clínicas como económicas que se derivan de ella; y en la calidad de vida.<sup>5</sup>

Las diferentes organizaciones mundiales de salud han desarrollado estrategias para frenar el aumento de las muertes por eventos cardiovasculares, enfocándose en el control de factores de riesgo como tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso corporal, perímetro abdominal mayor a 90 cm, hiperlipidemias por aumento de colesterol total, lipoproteínas de alta densidad ("HDL", por sus siglas en inglés), lipoproteínas de alta densidad ("LDL", por sus siglas en inglés); que involucran como punto clave el autocuidado, el cual debe ser dirigido por profesionales de la salud capacitados en este tema y con herramientas para abordarlo.

La cardiopatía isquémica es una enfermedad modificable en la detección oportuna de los factores de riesgo y de prevención secundaria en los pacientes que ya presentaron un IAM con un apego al tratamiento, es por esto que el presente estudio tuvo la finalidad de analizar la relación que existe entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con

cardiopatía isquémica, de la cual se desprenderá todo lo abordado a lo largo de este trabajo de investigación, buscando responder y dar posibles soluciones a este fenómeno que afecta a la población cada vez más joven y representa un alto costo para las instituciones de salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio correlacional, prospectivo y transversal en un Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México. Para el presente estudio se definió adherencia terapéutica como la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones médicas o del personal de salud, en términos de toma de medicación, dietas y cambios en el estilo de vida;<sup>5</sup> la variable autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades<sup>6</sup> y calidad de vida es la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.<sup>7</sup>

De una población de  $N=1700$  pacientes que egresan al año del instituto, se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia de  $n=101$  pacientes que presentaron IAM durante los meses de marzo a julio del 2018. La selección de los participantes se realizó de forma aleatoria simple, considerando el censo diario y el informe de pacientes en estatus de prealta; se incluyeron aquellos pacientes con IAM con o sin elevación del segmento ST, mayores de 18 años y menores de 90 de ambos sexos y con seguimiento en la consulta externa del Instituto; y se excluyeron quienes tenían antecedentes de Cardiopatía Isquémica previa al IAM actual, antecedentes de cardiopatía estructural previa al padecimiento actual, pacientes que hablen un idioma diferente al español o no comprendan español y con alteraciones psiquiátricas o cognitivas.

La recolección se realizó a través de un instrumento ecléctico constituido por 8 instrumentos validados: el primero lo conforman datos sociodemográficos; el segundo el instrumento adherencia farmacológica y no farmacológica con 53 ítems distribuidos en cuatro dimensiones (factores socioeconómicos, relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, factores relacionados con la terapia, y factores relacionados con el paciente); la escala de respuesta era tipo Likert desde nunca hasta siempre donde el puntaje va desde 0 a 138 puntos, por lo tanto, aquellos pacientes con una ventaja para adherencia, el puntaje era de 109-138, cuando están en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia entre 80-109 y a no responder con comportamientos de adherencia menor de 80.<sup>8,9,10</sup>

El tercer apartado contiene el Self-Care Agency Scale de 24 ítems con escala de respuesta tipo Likert desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, con un puntaje de 24 a 96 considerando como muy baja agencia de

autocuidado=24-43; baja agencia de autocuidado=44-62; regular agencia de autocuidado=63-81 y buena agencia de autocuidado=82-96 puntos.<sup>6,11,12</sup>

En el cuarto apartado, la prueba The Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) con respuesta dicotómica y el ítem 8 se contesta con escala tipo Likert desde nunca hasta siempre. Según la suma de los resultados se ubica a los pacientes en una escala de alta (8 puntos), media (7-6 puntos) o baja adherencia (<6 puntos).<sup>13,14,15</sup>

En el quinto se encuentran 12 ítems del instrumento STEPS para medir el comportamiento del tabaquismo al evaluar la situación actual del fumador, cantidad y duración, cantidad según el tipo de producto; las respuestas son dicotómicas y abiertas. Mientras que, en el sexto apartado, se encuentra el instrumento IPAQ versión "últimos 7 días" que valora el tipo de actividad física realizada por intensidad.<sup>16</sup>

En el séptimo apartado se agregó el test de calidad de vida SF-36 validado en estudios previos con un índice de confiabilidad por alfa de Cronbach entre 0.74 a 0.93 en población con infarto agudo al miocardio, compuesto por 36 ítems que exploran 8 dimensiones (capacidad funcional, vitalidad, aspectos físicos, dolor, estado general de Salud, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental); la escala de respuesta era tipo Likert oscila entre 3-6, cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala que va del 1-100; se considera de 0-50 peor estado de salud y 51-100 mejor estado de salud.<sup>17,18,19,20</sup>

Finalmente la cédula de datos antropométricos y bioquímicos basada en las normas oficiales mexicanas<sup>21,22,23</sup> donde se registró peso, talla e IMC, presión arterial, proteína C reactiva de alta densidad, circunferencia abdominal, triglicéridos, LDL, DHL, nivel de glucosa en sangre, nivel de creatinina, enfermedades como hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II, dislipidemia, insuficiencia renal, evento vascular cerebral previo, síndrome metabólico y como última opción a elegir en este ítem, otra.

Con la información obtenida se realizó el análisis de los datos a través del programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 21 (SPSS, por sus siglas en inglés) con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; así mismo pruebas de correlación de Pearson, Spearman, regresión lineal, prueba t de Student o en su defecto U de Mann Whitney, considerando una significancia estadística de  $p < 0.05$ .

El aspecto ético-legal de la investigación se apoyó en Ley General en Materia de Investigación para la Salud, y bajo lo contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-201239, se respetaron los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,40 y conforme a lo estipulado en los códigos internacionales en investigación y bioética.<sup>24,25,26,27,28</sup>

## RESULTADOS

Dentro de los datos sociodemográficos se encontró que la población de estudio tenía un rango de edad entre 34 y 86 años; predominó el género masculino con el 89.1%, el 54.5% era casado o vivía en unión libre 15%; con origen de la Ciudad de México 53.5% y 23.8% en el Estado de México; 19.8% estaban desempleados, 14.9% eran comerciantes, 7.9% campesino y el 8.9% se dedicaba al hogar; el 42.6% con un nivel de estudio medio superior, 57.4% solo contaba con educación básica. El 23.8% tenía como diagnóstico médico diabetes mellitus tipo II (DM II), 17.9% hipertensión arterial (HTA), 6% HTA y otra enfermedad, 19.8% DM II e HTA, 7% DM II e HTA y otra enfermedad 32%.

El 51.5% de los pacientes presentaba sobrepeso y el 18.8% obesidad. En cuanto al nivel de triglicéridos el 45.5% tenía un nivel recomendable (<150mg/dL) y un 22.8% un alto riesgo (>200 mg/dL) respectivamente el 22.8% límite (150-200 mg/dL). El colesterol de baja densidad (LDL) en el rango recomendable (<130 mg/dL) se encuentran el 82.2%. Otro dato relevante en los parámetros bioquímicos que el 55.4% presentó hiperglucemia (>100 mg/dL y solo el 32.7% tuvo un rango normal (70-100 mg/dL), de los cuales algunos ya se conocen con diagnóstico de DM II.

En cuanto a la dependencia para cuidados el 38.8% depende de su esposa 11.9% de la esposa y los hijos, 16.8% de los hijos y 17.8% de nadie. En hábitos tabáquicos el 47.5% de los pacientes fumo en el pasado algún producto derivado del tabaco y el 10% continúa fumando actualmente.

El 48.5% de los pacientes refieren tomar el tratamiento secundario básico post IAM que consta de antihipertensivo, estatina e inhibidor de agregación plaquetaria y el 40.6% el tratamiento secundario básico más otro tipo de fármacos diferentes; en la actividad física como tratamiento secundario el 38.7% menciono que realiza ejercicio.

El 43.6% ha tenido 1 hospitalización en el último año, el 47.5% ninguna y el 6.9% 2 hospitalizaciones. En cuanto al tiempo de traslado a su unidad médica más cercana el 16.8% hace 30 min, 21.8% hace 60 min, el 8.9% de 10-15 min.

En lo concerniente a la adherencia farmacológica y no terapéutica, el 34.7% de los pacientes considera que no pueden conseguir sus medicamentos de acuerdo con el tipo de afiliación a la que pertenece y solo el 41.4% siempre puede hacerlo; el 56.4% menciono que solo a veces tiene la disponibilidad para atender las necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda y educación y el 40% que siempre; el 50.5% menciona que a veces puede comprarse los medicamentos y el 45.5% siempre, esto trae consigo que el 62.4% nunca ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento y el 29.7% a veces.

El 42.6% respondió que a veces hay costumbre sobre los alimentos y el ejercicio difíciles de cambiar. El 49.5% expresó que a veces los cambios en la dieta se le dificultan por el alto costo de los alimentos recomendados y el 22.8% que siempre.

El 30% tiene la impresión de que a veces el personal que lo atiende está demasiado ocupado para escucharlo por mucho tiempo mientras que el 59% piensa que nunca sucede.

El 24.8% siente a veces rabia con la enfermedad, el 16.8% siempre tiene esa sensación; el 32.7% a veces se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad mientras que el 57.4% menciona que nunca. Los pacientes con cardiopatía isquémica mostraron en un 99% ventajas para la adherencia terapéutica.

En cuanto al instrumento SF-36 de calidad de vida relacionado con la salud el 50% respondió que su salud actual lo limitaba mucho para realizar esfuerzos intensos, como correr y levantar objetos pesados; el 41.6% hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física, el 49.5% menciona que tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo a causa de su salud física, lo cual se observa en la dimensión de desempeño físico donde el 36.6% menciona una percepción de peor salud; y por lo tanto, peor calidad de vida.

El 35.6% de los pacientes menciona que su percepción en salud es en general regular y el 43.6% la percibió como buena; en cuanto a su estado de salud a futuro solo el 11% cree que su salud va a empeorar, mientras que el 24.8% piensa que es bastante falso que pueda empeorar y el 35.6% piensa que es totalmente falso, dando como resultado que el 88.1% de pacientes con cardiopatía isquémica tenga una percepción de mejor salud y calidad de vida en la dimensión de nivel general de salud.

El 37% menciona que hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de problemas emocionales, en este sentido no se observa relación en la dimensión de desempeño emocional, ya que el 100% de los pacientes percibe una mejor salud relacionada con calidad de vida.

En la dimensión de nivel de función social donde el paciente arrojó como resultado que 78.2% tenía una mejor salud relacionada con calidad de vida, el 19.8% menciona que sus problemas emocionales o físicos han dificultado sus actividades sociales un poco, un 10.9% regular y un 56.4% nada. Como resultado final el 93% de los pacientes con cardiopatía isquémica tiene una percepción de mejor salud relacionada con la calidad de vida.

La adherencia terapéutica con la prueba de Morisky el 27.7% de los pacientes olvida llevar sus medicamentos cuando sale de casa, el 27.7% tiene dificultad para recordar tomar sus medicamentos y el 29.7% de los pacientes a omitido tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido y del total de la muestra el 50.5% menciona que en general a veces olvida tomar sus medicamentos. En cuanto a la adherencia terapéutica el 65%

de los pacientes mostró baja adherencia y el 35% media adherencia.

En la variable de autocuidado 33.7% está de acuerdo en que le faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como debe y el 14.9% está totalmente de acuerdo. El 17.8% está en desacuerdo y el 9.9% totalmente en desacuerdo que para mantener el peso que le corresponde hace cambios en sus hábitos alimenticios, mientras que el 43.6% está de acuerdo. El 27.7% está en desacuerdo en lograr descansar y hacer ejercicio durante el día porque no logra hacerlo, solo el 35.6% está de acuerdo, porque cuando lo piensa logra llevarlo a cabo. El 46.5% refiere estar de acuerdo en que a pesar de sus limitaciones para movilizarse es capaz de cuidarse como le gusta y el 38.6% está totalmente de acuerdo.

En relación con la variable de autocuidado, se observó que el 69% de los pacientes tienen buena agencia de autocuidado y el 30% regular, no obstante, el resto muy baja agencia de autocuidado. De acuerdo con las dimensiones destaca la capacidad de poder con el 78% de buena agencia de autocuidado, quedando la dimensión de operacionalización como la más baja en cuanto a buena agencia de autocuidado con un 62.4%

En lo concerniente al análisis inferencial de las variables de estudio el autocuidado según el coeficiente de correlación de Pearson tiene una relación positiva moderada con la calidad de vida ( $r = 0.447$ ,  $p = 0.000$ ). La adherencia farmacológica y no farmacológica al tratamiento y la calidad de vida relacionada con salud mostraron una correlación negativa de asociación débil ( $r = -0.156$ ,  $p = 0.0119$ ) pero con significancia estadística. La adherencia farmacológica mostró una correlación significativa con el nivel de glucosa ( $r = -0.303$ ,  $p = 0.004$ ) con un nivel de significancia estadística.

La adherencia farmacológica y no farmacológica tiene mayor correlación con las dimensiones factores relacionados con el paciente ( $r = 0.511$ ,  $p = 0.000$ ), factores del proveedor ( $r = 0.712$ ,  $p = 0.000$ ) con una asociación fuerte y en la dimensión de factores de la terapia ( $r = 0.420$ ,  $p = 0.000$ ).

Tanto la adherencia farmacológica como la no farmacológica y la calidad de vida en su dimensión factores relacionados con el paciente muestra una correlación ( $r = -0.454$ ,  $p = 0.000$ ), ya que tienen a favor aspectos como conocimiento, actitudes y motivación, creencias y emociones que se reflejan de la misma forma en la relación con el aspecto de salud mental ( $r = -0.472$ ,  $p = 0.000$ ).

La adherencia terapéutica determinada por Morisky muestra relación positiva con calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en su dimensión salud mental ( $r = 0.324$ ,  $p = 0.005$ ) reforzando lo anteriormente mencionado, en cuanto a que si el paciente con cardiopatía isquémica presenta una percepción positiva de su aspecto emocional se refleja en la adherencia que muestra.

La variable CVRS tiene mayor correlación en sus dimensiones salud mental con una fuerte asociación ( $r= 0.792$ ,  $p= 0.000$ ), vitalidad ( $r= 0.773$ ,  $p= 0.000$ ), así como en función física ( $r= 0.789$ ,  $p= 0.000$ ) y en la dimensión de desempeño físico ( $r= 0.671$ ,  $p= 0.000$ ) lo que da como resultado que los determinantes de percepción de funcionamiento corporal y psicológico refuerzan la sensación que experimenta el paciente de mejor salud relacionada con calidad de vida.

La CVRS y la variable autocuidado muestran una correlación positiva ( $r= 0.447$ ,  $p= 0.000$ ) con la dimensión capacidad de poder ( $r= 0.443$ ,  $p= 0.000$ ), capacidad de operacionalización ( $r= 0.418$ ,  $p= 0.000$ ) dado que el paciente post IAM al poder realizar acciones a favor de su salud y tener el conocimiento de estas para poder llevarlas a cabo refleja una mejor CVRS.

El autocuidado muestra correlación positiva fuerte en sus dimensiones de poder ( $r= 0.815$ ,  $p= 0.000$ ), operacionalización ( $r= 0.970$ ,  $p= 0.000$ ) y capacidades fundamentales ( $r= 0.824$ ,  $p= 0.000$ ).

Las variables CVRS y autocuidado tienen correlación ( $r= 0.447$ ,  $p= 0.000$ ) mientras que la de adherencia farmacológica y no farmacológica no muestra correlación significativa con CVRS, solo se relacionan en la dimensión emocional ( $r= -0.317$ ,  $p= 0.001$ ) y la adherencia terapéutica test Morisky con CVRS tiene correlación con las dimensiones de salud mental ( $r= 0.324$ ,  $p= 0.005$ ) y desempeño emocional ( $p= 0.308$ ,  $r= 0.008$ ) lo que indica que el aspecto que concierne a la salud psicológica del paciente tiende a aumentar aspectos del apego al tratamiento.

## DISCUSIÓN

La población tiene una media de edad de 58 años con un rango que va de los 34 a los 86 años, parte de ellos se encuentran en un sector laboralmente activo; hay alta incidencia de trabajadores informales y desempleados por lo tanto su ingreso económico no es constante. Al igual que en otros estudios el género masculino en su mayoría presenta IAM, en mujeres los eventos son menores probablemente por la función protectora del estradiol, cabe resaltar que los factores de riesgo según mencionan estudios como el de García et al., son los mismos que llevan a manifestar esta patología que en hombres, el estudiar la distribución en la que se presentan estos eventos sirve de guía para las instituciones de salud para dirigir los recursos y los programas adecuadamente.<sup>29,30</sup>

La presencia de HTA y DM tipo II es alta, estos resultados concuerdan con lo encontrado por Sánchez-Arias y colaboradores y es reconocido en diversos estudios. La gran mayoría de las personas fumaron en el pasado uno de los principales factores de riesgo para eventos cardiovasculares. En México el tabaquismo es uno de los más importantes factores de riesgo de la carga de la enfermedad incluyendo enfermedades cardiovasculares; es adictivo lo que implica que algunas personas conti-

núan con este hábito y aumente la probabilidad de presentar un nuevo IAM como lo refiere la OMS el consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno contribuyen a cerca del 17% de las defunciones por cardiopatías. Más de la mitad de la población presenta sobre peso y obesidad, correspondiente a intervenciones en autocuidado y la adherencia terapéutica, la mitad presento hiperglucemia y triglicéridos elevados clasificados como de alto riesgo, esto refuerza los hallazgos de la adherencia terapéutica baja encontrándose descontrol a nivel bioquímico, la adherencia farmacológica mostró una correlación negativa significativa con el nivel de glucosa debido a esto. Lo importante de este tema es detectar que está pasando con esta población, que ya tiene un factor de riesgo como es el diagnóstico de la enfermedad crónica y están presentando una comorbilidad en la mayoría de los casos evitable, será que la adherencia terapéutica de estos pacientes crónicos es baja y los está llevando a ingresar por una enfermedad cardiovascular o simplemente al verse expuestos a otra enfermedad y obligados a consumir más fármacos mina su capacidad de adherencia terapéutica y no terapéutica; estas son situaciones que sería importante investigar a futuro.<sup>31,32,33</sup>

Se debe reconocer que los pacientes incluidos en este estudio mencionaron conocer parcialmente los riesgos de una enfermedad cardiovascular, por lo que la educación para salud sigue siendo un tema primordial, donde el paciente refiere vacío por parte del personal de salud, en algunas ocasiones por falta de tiempo, el déficit de información de los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares sigue latente y la posibilidad de presentar un segundo evento.<sup>1</sup> Algunos autores mencionan la importancia del seguimiento por parte del personal de salud, dado que la continuidad en el seguimiento de las citas es otro factor que lo afecta y sugieren la incorporación de terapias holísticas que permitan un cuidado del paciente integral; y como es de esperarse el mantenimiento de una buena calidad de vida.<sup>30</sup>

En lo referente a los aspectos generales, en un estudio realizado por Zhang et al. se encontró que la incidencia del reingreso de pacientes es independiente a la adherencia terapéutica al verificar otras características del paciente. En el estudio actual el número de reingresos hospitalarios fue bajo lo que podría estar relacionado con el estudio antes mencionado y la nula relación de las variables.<sup>34</sup>

En nuestro estudio se observó que la adherencia farmacológica y no farmacológica es mayor cuando los factores relacionados con el paciente y el proveedor, y la terapia mejoran, lo que concuerda con la literatura sobre la adherencia terapéutica, debido a que es un proceso racional de toma de decisiones que tiene que ver con las creencias y experiencias del paciente, llama la atención lo concerniente a la percepción de la accesibilidad al medicamento y la percepción de la necesidad del medicamento, que hace que suene coherente que las dimensiones con mayor significancia sean las que se refieren al paciente y al acceso a la terapia.<sup>35</sup>

Tanto la adherencia farmacológica como la no farmacológica y la calidad de vida en su dimensión factores relacionados con el paciente que engloba conocimiento, actitudes y motivación, factores emocionales como la rabia, el desánimo y la angustia, las creencias y capacidad de tomar decisiones muestra una correlación negativa; esto debido a que a pesar de que la adherencia terapéutica en este sentido no es alta su percepción del CVRS si lo es en la mayoría de la población contrario a estudios como el de Rojas-Reyes que menciona que a mayor adherencia mejora la calidad de vida.<sup>36</sup>

En los resultados de este estudio se destaca que casi en su totalidad los pacientes muestran ventajas para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo que indica que hay una gran oportunidad para la prevención de segundos eventos en los pacientes, en este sentido es importante que se mencione que en la prueba Morisky más del 50% de la población mostro baja adherencia a los fármacos lo que muestra que a pesar de que la persona realice cambios en sus hábitos y estilo de vida, no implica que realice la toma de medicamentos en tiempo y forma independientemente de las causas de esto; debe hacerse mención de que no se encontró ningún estudio que comparara estos dos factores. Un punto clave a investigar por parte del profesional de salud es las razones por las cuales la adherencia terapéutica baja muestra alta incidencia en la población, para reforzar este aspecto pilar en la salud de los pacientes post IAM. En el estudio "Post-Myocardial Infarction Free Rx Event and Economic Evaluation (MI FREEE)" muestra baja adherencia a medicación cardioprotector, caso que se repite en la investigación realizada.<sup>37</sup>

Se identificó que a la par que la adherencia terapéutica determinada por Morisky mejora, también lo hace la CVRS en su dimensión salud mental reforzando lo anteriormente mencionado, en cuanto a que si el paciente con cardiopatía isquémica presenta una percepción positiva de su aspecto emocional se refleja en la adherencia que muestra, a pesar de no tener una relación en el aspecto general es inevitable que estas dos variables en algún punto coincidan y se involucren. En un estudio previo se determinó que el estrés emocional puede influir a largo plazo en la adherencia terapéutica a las estatinas; y por lo tanto, esto repercute en la percepción de la CVRS; debido a que sus dimensiones abarcan a la persona en todos los aspectos de su proceso salud-enfermedad y actuar diario, así como en las decisiones que se toman en la adherencia terapéutica modifican la salud y están dadas por la toma consciente de decisiones del paciente, en consecuencia, en la CVRS se vuelven a involucrar estas dimensiones.<sup>38,39</sup> En la literatura contrario a lo encontrado en este estudio se menciona que el porcentaje de percepción de bajo nivel de CVRS es significativo y esto relacionado con la baja adherencia, lo cual lleva a pensar que un aspecto importante para tener en cuenta a futuro es el tiempo de presentación del evento isquémico, ya que a menor tiempo los cambios en la salud y en el estilo de vida en general son más notorios hecho que podría influir en los resultados. Otro aspecto a resaltar es la adherencia no

farmacológica que se realiza en los cambios de hábitos nocivos, un determinante básico de los cambios en salud más allá de la simple toma de fármacos que, aunque no deja de ser necesaria para la prevención no es la única variable que se relaciona con la CVRS del paciente.<sup>29</sup> Los servicios de salud no cubren del todo el esquema farmacológico de los pacientes post IAM lo que afecta su adherencia terapéutica y se debe tener en cuenta que algunos de las personas pierden su empleo y se ven limitados para realizar actividad laboral y otros debido a los cambios en su salud se integran a actividades laborales informales; esto es desfavorable para su situación económica en general al influir incluso en la satisfacción de sus necesidades primarias.

El aspecto sociocultural influye en el tratamiento secundario del paciente con IAM, al realizar cambios radicales en las rutinas de actividad física y alimentación, que representa para el paciente la modificación de costumbres, incomodidad y una demanda de recursos económicos mayor a la normal disminuyendo la posibilidad de lograr una adherencia adecuada a su tratamiento, tal y como lo refiere Veliz-Rojas et al., donde las barreras percibidas fueron falta de conocimientos y habilidades para la dieta, descontento con la dieta y dificultades económicas.<sup>40,41</sup> Esto concuerda con lo referido por los participantes de este estudio, para más de la mitad hay costumbres difíciles de cambiar en lo que respecta a la dieta y el ejercicio, aunque contrasta con su respuesta de la mayoría de que está convencido de controlar estos factores a favor de su salud.

La variable CVRS mejora cuando aumenta su percepción sobre su salud mental, la vitalidad, la función y su desempeño físicos, lo que da como resultado que los determinantes de percepción de funcionamiento corporal y psicológico refuercen la sensación de mejora en esta variable, contrario a lo reportado en otro estudio en el que se mencionan estas determinantes como pobres, tanto salud física como mental. En la variable autocuidado, la sensación de falta de fuerza para un cuidado adecuado es una constante que se repite en la población post IAM, que se relacionan con las respuestas negativas de percepción del estado físico en la prueba de CVRS.

La CVRS y el autocuidado muestran una correlación con la dimensión capacidad de poder y capacidad de operacionalización dado que el paciente post IAM al poder realizar acciones a favor de su salud y tener el conocimiento de estas para poder llevarlas a cabo refleja una mejor calidad de vida.

El autocuidado es una actividad básica en el ser humano y en condiciones de enfermedad crónica, la práctica de este se convierte en un acto de vida esencial. En la investigación realizada utilizando como base parte de la teoría de Orem se muestra correlación positiva en sus dimensiones de poder, operacionalización y capacidades fundamentales, dando como resultado que más del 50% tienen de regular a buena agencia de autocuidado, lo que debería ponerse en observación; así como el tiempo transcurrido desde el evento cardiovascular y qué suce-

dió con sus actividades de autocuidado, si este maduró y fue mejor realizado con el tiempo o siempre se realizó de igual manera para determinar los puntos críticos donde el personal de salud puede intervenir para lograr que este autocuidado sea más eficaz; y por tanto, se vea reflejado en aspectos como la CVRS, adherencia farmacológica y no farmacológica. En este sentido se debe tomar en consideración lo relacionado con enfermedades crónicas previas al evento isquémico como son diabetes mellitus tipo II e Hipertensión arterial dado que estos eventos son comunes y no hay evidencia previa de investigación en estos casos.

La rabia, la angustia y el desánimo es parte de las emociones que mencionan experimentar un número importante de pacientes después de vivir un evento cardiovascular como el IAM; el paciente es un ser holístico y debe ser abordado en todas sus dimensiones, en algunas ocasiones emociones como la rabia influyen en sus decisiones terapéuticas y en su calidad de vida, es un aspecto a tener en cuenta por el personal de salud, muchos de los pacientes al tener cambios en su salud atraviesan un duelo y se enfrentan a situaciones de cambios drásticos que impactan en su salud emocional y en su entorno social. Se encontró en un estudio que el estrés emocional este asociado a baja adherencia a las estatinas en los 2 años posteriores al IAM. El estudio sugiere que el estrés emocional puede ser un importante factor a largo plazo de baja adherencia y puede jugar un papel importante en los resultados.<sup>42</sup>

CVRS del paciente y la percepción del estado físico donde entran en juego factores como la disminución de actividad física es un tema importante, ya sea por orden médica o por miedo a presentar un IAM de nuevo, esto conlleva a evitar realizar sus actividades diarias tanto en casa como en su área de trabajo, percibiendo un peor estado de salud y calidad de vida.<sup>43</sup> A nivel social las consecuencias de un IAM también causan estragos, aunque no en toda la población, por su estado físico o emocional dejan de convivir en su núcleo social, provocando en ellos una sensación de aislamiento y percibiendo estragos en su CVRS.

Cabe destacar que la CVRS en general de la población de estudio se percibe como mejor, lo cual implica que a pesar de los cambios en su estilo de vida y rutinas ellos continúan valiéndose de sus habilidades para tener un estado de vida en equilibrio.

La adherencia terapéutica se menciona como moderada y baja en el estudio, caso que se repite en otras investigaciones como el realizado por Cuze Nobre donde menciona que las creencias y la inseguridad financiera son los principales determinantes de la baja adherencia.<sup>44,45,46</sup> Halvorsen menciona en su estudio que la adherencia a los medicamentos prescritos fue alta a los 12 meses después de su indicación, lo que contrasta con lo encontrado en este estudio, ya que fue baja en general.<sup>47</sup> La adherencia terapéutica en relación con los fármacos y la incidencia de olvido es alta hecho que pone en riesgo la recuperación y mantenimiento del es-

tado óptimo del paciente, otra mención a destacar es la falta de toma de medicamento por razones diferentes al olvido, donde entran razones como la económica, al no tener los fármacos por parte de sistema de salud y los recursos necesarios se abandona u omite la toma de alguno de los medicamentos como se menciona en algunos estudios.<sup>31,33</sup>

Hay 1.7 billones de pacientes incapaces de costearse la medicación esencial de los cuales el 80% pertenecen a estados urbanos, lo que implica un problema de salud pública que sin lugar a duda afecta la adherencia terapéutica y debe ponerse atención. En este estudio coincide con la adherencia terapéutica que se ve disminuida por factores económicos o relacionados con el proveedor.<sup>48</sup>

La adherencia terapéutica es un proceso racional de toma de decisiones que tiene que ver con las creencias y experiencias del paciente, en los cuales llama la atención la percepción de la accesibilidad del medicamento y la percepción de la necesidad del medicamento. La variable CVRS de esta investigación se ve influenciada principalmente en sus dimensiones salud mental, vitalidad, así como en función física y en la dimensión de desempeño físico, lo que da como resultado que los determinantes de percepción de funcionamiento corporal y psicológico refuerzan la sensación que experimenta el paciente de mejor salud relacionada con calidad de vida. Lo que se constató con lo publicado en el estudio de Galán y colaboradores que describe un estado psicológicamente aceptable, donde más de la mitad afirmaron no sufrir ansiedad/depresión en ese momento. En otro estudio la dimensión de implicación personal de la adherencia al tratamiento se correlaciona con todas las dimensiones de CVRS excepto con sueño y descanso.<sup>30,49</sup>

El autocuidado muestra correlación positiva en sus dimensiones de poder, operacionalización y capacidades fundamentales todas con una asociación fuerte, lo que implica que cuenta con el conocimiento, las ganas y la formas de realizar su autocuidado, en este aspecto habría que realizar una investigación más profunda, surge la duda de si todas las dimensiones son cubiertas por que sigue habiendo un déficit de autocuidado y controles en los parámetros bioquímicos alterados.<sup>11,12</sup> El autocuidado es pilar en la recuperación del paciente post IAM, estos hallazgos permiten destacar la importancia de la relación paciente-proveedor en el grado de adherencia de los pacientes, haciendo necesario que la institución y el equipo de salud y enfermería enfatizen las acciones de autocuidado con apoyo, acompañamiento permanente y orientación acorde a sus necesidades, a sus expectativas y a las características individuales de las personas atendidas.<sup>41</sup>

A pesar de saber que la alimentación es una pieza clave en el autocuidado un número significativo menciona que no hace los cambios necesarios en su dieta, lo cual implica sobrepeso, obesidad, altos índices de glucosa en sangre y descontrol en LDL y triglicéridos, exponiendo a un gran riesgo cardiovascular a los pacientes. Otro

tópico para tomar en cuenta en los programas de rehabilitación y seguimiento clínico, así también en los planes de alta por parte del personal de enfermería, desmitificando la complejidad de llevar una dieta sana y los altos costos que se cree que esto conlleva, esto sin olvidar la diversidad socioeconómica y cultural de los pacientes. Según la OMS, uno de los principales factores que influyen en la adherencia terapéutica se relaciona con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: una buena relación agente de salud-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica.<sup>33,34,50</sup>

El autocuidado según el coeficiente de correlación de Pearson tiene una relación positiva, aunque débil con la calidad de vida esto habla de cómo al tener un mejor autocuidado la otra variable mejora simultáneamente, las dimensiones de ambas se ven influenciadas, al realizar como ejemplo las tareas implicadas en el autocuidado la calidad de vida aumenta percibiendo el individuo bienestar, en este sentido no se encontraron estudios anteriores con los cuales se pueda realizar una comparación; el indagar a profundidad en las dimensiones que se ven involucradas en estas variables y su relación es imperante por la alta incidencia y el costo que las enfermedades cardiovasculares generan a la salud de la población mundial y con esto desarrollar programas especializados y dirigidos a las dimensiones que siguen fomentando la presencia de este fenómeno.<sup>51</sup>

En un estudio realizado por Olivella el autocuidado esta relacionando con regular agencia de autocuidado y la mitad se encuentra en riesgo de no adherencia, esto también resultado de la dificultad de realizar acciones de adherencia farmacológica y no farmacológica. Los pacientes tienen conocimiento de lo que implica el autocuidado y sus dimensiones principales, en este caso lo que se debería tener en cuenta, es si tienen las herramientas adecuadas para llevar a cabo estos cuidados desvirtuando las creencias erróneas sobre la dificultad percibida para realizarlo.

En futuros estudios sería importante mirar hacia los datos específicos relacionados con las creencias culturales de la población que lo llevan a no tener adherencia terapéutica y estratificar por antigüedad de presentación del IAM para ver su influencia con las 3 variables del estudio.

## CONCLUSIÓN

La adherencia terapéutica en relación con los fármacos es baja en la población de estudio contrario a lo arrojado en general de ventajas para la adherencia terapéutica y no terapéutica, lo cual a su vez se refuerza con más de la mitad de la población que tiene buena agencia de autocuidado estos resultados son un indicador de la importancia de proporcionar una educación para la salud de calidad por parte del personal de salud, ya que a pesar de esto en las pruebas bioquímicas y medidas antropométricas como el peso y la glucosa los resultados no son los deseados y no concuerdan, estos parámetros son datos objetivos de la salud del pacien-

te y reflejan la realidad de las decisiones en salud que toma, es responsabilidad del sistema de salud indagar si la información brindada al paciente es suficiente y adecuada y si se está poniendo atención en que sea integral tomando en cuenta el estado socioeconómico, cultural y nivel escolar para que esta información sea concientizada y eficaz.

Todas las variables convergen en alguna dimensión con una correlación que indudablemente modifica el estado de salud del paciente y se refleja en su calidad de vida, es fundamental que sean tomadas en cuenta y se sigan realizando este tipo de investigaciones, debido a que de ellas derivan conocimientos sobre la forma de actuar del paciente y su percepción de la salud, como del sistema de salud que le provee las herramientas para lograr una adherencia terapéutica adecuada y un autocuidado dando como resultado el logro de mejor CVRS.

Si el equipo de salud se involucra con el paciente y realiza una evaluación profunda de las variables autocuidado y adherencia terapéutica, las probabilidades de que se realicen cambios en el estado de salud del paciente son altas y no solo en los aspectos que conciernen directamente a los fármacos de tratamiento secundario y lo que implica la enfermedad, sino también en el cambio de hábitos basado en su estatus socioeconómico y su nivel cultural de manera personalizada y con resolución de dudas empoderando al paciente, sin dejar del lado que la atención primaria a la salud después del egreso hospitalario post IAM es esencial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Prioritis for cardiovascular disease health in the Americas \[Internet\]. PAHO; 2014. Recuperado a partir de: \[http://www1.paho.org/priorities/pdf-en/4/4\\\_2primary\\\_care.pdf\]\(http://www1.paho.org/priorities/pdf-en/4/4\_2primary\_care.pdf\)](http://www1.paho.org/priorities/pdf-en/4/4_2primary_care.pdf)
2. [Sánchez-Arias AG, Bonilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B, Gómez-Ortega M, González-González. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. Rev Mex Cardiol. 2016; 27\(s3\): 98-102](#)
3. [Resumen de estadísticas de 2017. Enfermedad del corazón y ataque cerebral \[Internet\]. \[place unknown\]: American Heart Association; 2017 \[citado 26 de octubre de 2016\]. Recuperado a partir de: \[http://professional.heart.org/idc/groups/ahamahpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm\\\_491392.pdf\]\(http://professional.heart.org/idc/groups/ahamahpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm\_491392.pdf\)](#)
4. [Secretaría de Salud \[Internet\]. Prensa. 2016 \[citado el 30 de junio de 2018\]. Recuperado a partir de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/cardiopatia-isquemica-causa-del-14-5-por-ciento-de-muertes-en-mexico>](#)
5. [Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. 2016; 14\(2\): 107-116](#)

6. [Sillas DG, Jordán LJ. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarrollo Científ Enferm. 2011; 19\(2\): 67-69.](#)
7. [Salas ZC, Garzón DM. La noción de calidad de vida y su medición. CES Salud Publica. 2013;4\(1\): 37-46](#)
8. [Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2015: 2-62](#)
9. [Ortiz SC. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av Enferm. 2010; 28\(2\): 73-87](#)
10. [Zambrano CR, Duitama MJ, Posada VJ, Flórez AJ. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012; 30\(2\): 163-174](#)
11. [Leiva VD, Cubillo KV, Porras YG, Ramírez TV, Sirias IW. Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado \(ASA\) para Costa Rica, segunda versión en español. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2015; 29: 1-14](#)
12. [Achury DM, Sepúlveda GJ, Rodríguez SM. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Inv Enf. 2009; 11\(2\): 9-25](#)
13. [Chávez NT, Echeverri JS, Ballesteros DA, Quijano JR, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal. 2016; 24\(2\): 23-32](#)
14. [De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale. Int J Clin Health Psychol. 2014; 15\(2\): 121-129](#)
15. [Valencia-Monzalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca. Evolución de la escala Morisky de adherencia a la medicación \(MMAS-8\) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017; 34\(2\): 244-249](#)
16. [Mantilla ST, Gómez- Conesa A. Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. Rev Iberoam Fisioter Kinesol. 2007; 10\(1\): 48-52](#)
17. [Vilagut G, Ferrer M, Rajml L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19\(2\):135-50](#)
18. [Lugo LA, García HG, Gómez CR. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2005; 24\(2\): 37-50](#)
19. [Romero EM. Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en paciente post-infarto agudo del miocardio procedente de Cartagena de Indias, Colombia. Rev Colomb Cardiol. 2008; 17 \(2\): 41-46](#)
20. [Sánchez RA, García MM, Martínez DT. Encuesta de Salud SF-36: Validación en Tres Contextos Culturales de México. Rev Iberoam Diagn EV. 2017; 45\(3\): 5-16](#)
21. [Secretaría de Gobernación \[Internet\]. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 23 de noviembre de 2010; Diario Oficial de la Federación. \[Citada 2018 Junio 28\]. Disponible: \[http://dof.gob.mx/nota\\\_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010\]\(http://dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010\)](#)
22. [Secretaría de Gobernación \[Internet\]. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 19 de abril de 2017; Diario Oficial de la Federación. \[Citada 2018 Junio 28\]. Disponible: \[http://dof.gob.mx/nota\\\_detalle\\\_popup.php?codigo=5144642\]\(http://dof.gob.mx/nota\_detalle\_popup.php?codigo=5144642\)](#)
23. [Secretaría de Gobernación \[Internet\]. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. 13 de julio de 2012; Diario Oficial de la Federación. \[Citada 2018 Junio 28\]. Disponible: \[http://dof.gob.mx/nota\\\_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012\]\(http://dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012\)](#)
24. [Secretaría de Gobernación \[Internet\]. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 5 de noviembre de 2009; Diario Oficial de la Federación. \[Citada 2018 Junio 26\]. Disponible: \[http://dof.gob.mx/nota\\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013\]\(http://dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013\)](#)
25. [Secretaría de Gobernación \[Internet\]. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 5 de octubre de 2010; Diario Oficial de la Federación. \[Citada 2018 Junio 26\]. Disponible: \[http://dof.gob.mx/nota\\\_detalle\\\_popup.php?codigo=5272787\]\(http://dof.gob.mx/nota\_detalle\_popup.php?codigo=5272787\)](#)
26. [CONAMED Declaración de Helsinky \[Internet\]. México: Comisión Nacional de Bioética; \[Citada 2018 Junio 26\]. Disponible: \[http://www.conamed.gob.mx/prof\\\_salud/pdf/helsinki.pdf\]\(http://www.conamed.gob.mx/prof\_salud/pdf/helsinki.pdf\)](#)
27. [Comité de Bioética de México \[Internet\]. Código de Núremberg; \[Citada 2018 Junio 26\]. Disponible: \[www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL\\\_Cod\\\_Nuremberg.pdf\]\(http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL\_Cod\_Nuremberg.pdf\)](#)
28. [Comité de Bioética de México \[Internet\]. Informe de Belmont; \[Citada 2018 Junio 26\]. Disponible: \[http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.INTL\\\_Informe\\\_Belmont.pdf\]\(http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.INTL\_Informe\_Belmont.pdf\)](#)
29. [Schou SM, Lykke EM, Flensburg-Madsen T. A prospective cohort study of quality of life and ischemic heart disease. Scand J Public Health. 2014; 42: 60-66](#)

30. [García L, Cáceres C, Gómez N, Paniagua M, Lovera O, Centurión O. Factores de riesgo y cardiopatías prevalentes en mujeres internadas en la división de medicina cardiovascular del Hospital de Clínicas. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15\(2\):45-55](#)
31. [Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enferm Univ. 2014; 12 \(1\): 3-11](#)
32. [Mathioni MS, Bernat KA, Schmidt PC, Loro MM, Poli G, et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Av Enferm. 2016; 34 \(1\): 30-38](#)
33. [Organización Mundial de la Salud \[Internet\]. Encuesta global de tabaquismo en adulto; \[Citada 2018 Octubre 6\]. Disponible: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf>](#)
34. [Zhang y, Kaplan CM, Hyon SB, Chan CH, Lave JR. Medication adherence and readmission in medicare myocardial infarction. Am J Manag Care. 2014 November ; 20\(11\): e498-e505.](#)
35. [Dias A, Pereira C, Monteiro MJ, Santos C. Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. Aten Primaria. 2014; 46:101-106](#)
36. [Rojas-Reyes J, Flórez-Floréz M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. Aquichan. 2016; 16\(3\): 328-339](#)
37. [Choudhry NK, Avorn J, Glynn RJ, Antman EM, Schneeweiss S. Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. N Engl J Med. 2011;1;365\(22\):2088-97.](#)
38. [Cuce MN, Zanetta RL. Patient adherence to ischemic heart disease treatment. Rev Assoc Med Bras 2017; 63\(3\):252-260](#)
39. [Lissåker CT, Wallerta J, Heldb C, Olssona. Emotional distress as a predictor of statin non-adherence among Swedish first-time myocardial infarction patients, 2006-2013. E J Psychosom Res. 2017; 97: 30-37](#)
40. [Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan. 2013; 13\(3\): 373-386](#)
41. [Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga O A. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. Rev Perú Med Salud Pública. 2015; 32\(1\): 51-7](#)
42. [Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enferm Univ. 2014; 12 \(1\): 3-11](#)
43. [Stein AC, Molinero O, Salguero A, Correa MC, Márquez. Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria. Cuad Psicol deporte. 2014; 14 \(1\):109-116.](#)
44. [Mathews R, Peterson ED, Honeycutt E, Tang CC, Effron MB. Early medication nonadherence after acute myocardial infarction. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015; 8: 347-356.](#)
45. [Ortega EO, Vargas E R. Grado de adherencia a tratamiento en personas con riesgo cardiovascular. Av. Enferm. 2014; 32\(1\): 25-32](#)
46. [Crowley MJ, Zullig LL, Shah BR, Shaw RJ, Lindquits JH, et al. Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors. J Gen Intern Med. 2014; 30\(1\):83-90](#)
47. [Halvorsen S, Jortveit J, Hasvold P, Thuresson M, Øie E. Initiation of and long-term adherence to secondary preventive drugs after acute myocardial infarction. BMC Cardiovasc Disord. 2016; 16:115](#)
48. [Kolandaivelu K, Leiden BB, O'Gara PT, Bhatt DL. Non-adherence to cardiovascular medications. Eur Heart J. 2014; 35, 3267-3276](#)
49. [Susín Galán MF, Royo Moreno L, Ballarín Ferrer A. Calidad de vida en pacientes con historial de infartos previos. Metas Enferm. 2014; 17\(6\): 26-31](#)
50. [Rojas L, Bianchetti SA. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. Rev Enf. 2017; 32: 1-11](#)
51. [Olivella FM, Bastida SC, Bonilla IC. Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. Investig. Enferm. Imagen Desarr. 2016; 18\(2\): 13-29.](#)