

Trabajo de investigación

Calidad de vida de las personas con cambio valvular o fibrilación auricular tratados con anticoagulación oral

Maricela Álvarez-Gómez,¹ María Mercedes Gallegos-González,²
 Francisca María Ramírez-Sánchez,³ Ma. Asunción Luciano-Carlos⁴

- ¹ Enfermera general adscrita al Servicio de Hospitalización Adultos.
² Maestra en Administración de los Servicios de Salud. Supervisora de Enfermería.
³ Licenciada en Enfermería. Jefa de Enfermeras del Servicio de Cardiopneumología.
⁴ Licenciada en Enfermería. Jefa de Enfermeras del Servicio de Cardiología Adultos.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

Introducción: Los avances científicos y tecnológicos permiten alternativas de tratamiento a la persona con cambio valvular o fibrilación auricular, sin embargo, se encuentra expuesta a desarrollar complicaciones derivadas de los anticoagulantes orales que indudablemente afectan su calidad de vida. **Objetivo:** Analizar la calidad de vida de las personas con cambio valvular o fibrilación articular tratados con anticoagulantes orales. **Material y métodos:** Estudio analítico, prospectivo y transversal. Muestra probabilística (n = 205) que incluyó adultos de ambos sexos con cambio valvular o fibrilación auricular, tratados con anticoagulación oral. Datos recolectados con ambos grupos con la Escala Calidad de Vida de 32 ítems y respuestas tipo Likert distribuidas en 5 dimensiones: satisfacción, autoeficacia, estrés psicológico, limitaciones diarias y alteraciones sociales. La escala resultante es desde muy mala calidad de vida, mala, normal, buena y muy buena calidad de vida. Análisis estadístico con fre-

cuencias, porcentajes, prueba de Pearson (edad, dimensiones, tiempo de tratamiento y diagnóstico) y t de Student (diagnóstico, procedencia y sexo). **Resultados:** El 55% con cambio valvular, 65.4% fueron mujeres; la edad promedio fue de 60 años y 59.5% fue del área rural. La mayoría casados (56.6%) y 54.6% dedicados al hogar. El 83.4% tiene una calidad de vida de normal a buena y 12.2% mala calidad de vida, asociada con estrés psicológico (r = 0.899, p < 0.000) y limitaciones diarias (r = 0.815, p < 0.000); no se obtuvo ninguna relación significativa con edad, tiempo de tratamiento y diagnóstico. Se observó mejor calidad de vida en personas con cambio valvular (t = 0.394, gl = 203, p = 0.694), los hombres (t = -0.564, gl = 203, p = 0.573) y del área urbana (t = 0.312, gl = 203, p = 0.755), sin ser estadísticamente significativo. **Conclusiones:** La mayoría de la población tiene una calidad de vida normal, en las personas con cambio valvular aumenta ligeramente; el estado psicológico y las limitaciones diarias afectan principalmente la calidad de vida.

Recibido para publicación: noviembre 2012.
 Aceptado para publicación: diciembre 2012.

Dirección para correspondencia:
 EG. Maricela Álvarez Gómez
 Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, 14080, México, D.F.
 Tel: 55732911 ext. 1391
 E-mail: investigacioninc@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

Palabras clave: Anticoagulación oral, calidad de vida, fibrilación auricular, cambio valvular, prótesis.

ABSTRACT

Introduction: Scientific and technological advances allow treatment alternatives to the person with valvular replacement and atrial fibrillation, however, is exposed to develop complications arising from oral anticoagulants that undoubtedly affect their quality of life. **Objective:** Analyze the quality of life of the people with valvular replacement and atrial fibrillation treated

with oral anticoagulants. **Material and methods:** Analytical study, prospective, cross sectional. Probability sample ($n = 205$) included adults, both sexes, with valvular replacement and atrial fibrillation treated with oral anticoagulants. Data collected with the quality of life scale of 32 items and Likert responses distributed in 5 dimensions: satisfaction, self-efficacy, psychological stress, daily restrictions and social disturbances; the resulting scale is from very bad quality of life, bad, normal, good and very good quality of life. Statistical analysis with frequencies, percentages, Pearson test (age, size, time of diagnosis and treatment) and Students t (diagnosis, origin, and sex). **Results:** The 55% with valvular replacement, 65.4 % women; average age for 60 years; 59.5 % of the rural areas, the majority are married (56.6 %) and 54.6 % dedicated to the home. The 83.4 % have quality of life from normal to good and 12.2 % bad quality of life, associated with psychological stress ($r = 0.899$, $p < 0.000$) and daily restrictions ($r = 0.815$, $p < 0.000$); there was no significant relationship with age, time of diagnosis and treatment. It was observed a better quality of life in people with valvular replacement ($t = 0.394$, $gl = 203$, $p = 0.694$), the men ($t = -0.564$, $gl = 203$, $p = 0.573$) and the urban area ($t = 0.312$, $gl = 203$, $p = 0.755$), without being statistically significant. **Conclusions:** The majority of the population has a quality of life normal, in the people with valvular replacement increases slightly; the psychological state and the daily restrictions affect primarily the quality of life.

Key words: Oral-anticoagulation, quality of life, atrial fibrillation, valvular replacement, prosthesis.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las enfermedades crónico degenerativas como las cardiopatías son la principal causa de muerte en el mundo;¹ cabe mencionar que México no está excluido de esta problemática de salud, ya que de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, las afecciones cardiovasculares son la primera causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres;² de manera específica, en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, las enfermedades reumáticas que afectan las válvulas cardíacas son la tercera causa de morbimortalidad, seguida por las enfermedades del ritmo cardíaco, entre las que se encuentra la fibrilación auricular (Fa).*

Tanto las personas postoperadas de cambio valvular (CVa) con prótesis mecánica, así como aquellas que padecen fibrilación auricular, deben estar anticoaguladas de por vida, debido a que existe un gran riesgo de que se originen trombos intracardíacos que pueden migrar a los diferentes órganos y sistemas. Los principales factores presentes, en el caso del cambio valvular son, el diseño, el tipo de

material y el tiempo de uso de la prótesis valvular; mientras que para la fibrilación auricular es el ritmo cardíaco caótico, lo que afecta la contracción auricular dentro del ciclo cardíaco.

Los anticoagulantes orales (ACO) como la warfarina y el acenocumarol, reducen la propiedad de coagulación de la sangre, sin embargo, debido al riesgo de sufrir hemorragias y/o trombosis a diferentes niveles del organismo, la persona requiere cumplir con el tratamiento prescrito, tanto el farmacológico como el no farmacológico con un estricto control del índice internacional ajustado (INR) y un seguimiento preciso del nivel de anticoagulación. La eficacia y seguridad del tratamiento anticoagulante dependerá del apego al tratamiento,³ y de no ser así, se corre el riesgo de presentar complicaciones que afecten su calidad de vida (CV).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.⁴ Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Para Velarde-Jurado y colaboradores,⁵ la CV es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores económicos y sociales que repercuten sobre el desarrollo humano de una comunidad.

En este contexto, la calidad de vida de una persona está determinada por factores que coadyuvan en la percepción que tiene el individuo de sí mismo como un todo. Para el presente trabajo se considerarán las siguientes dimensiones: a) la satisfacción, que hace referencia a lo subjetivo de la persona, la vida social, familiar y la seguridad económica; b) la autoeficacia, como la valoración personal de salud, autocuidado y conocimiento de su tratamiento; c) el estrés psicológico, relacionado con los síntomas disfóricos, las necesidades personales que sólo el individuo puede controlar; d) las limitaciones diarias, aquellas que interfieren en su salud como el trabajo, las actividades diarias, así como la dificultad de realizarlas, y e) las alteraciones sociales, que incluyen indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo de acuerdo a la red social, la frecuencia de contactos, entre otros.⁶

La importancia del presente estudio radica en el tamaño de la población atendida en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH),

* Datos proporcionados por el Departamento de Costos y Estadística Médica, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2010.

siendo ésta de aproximadamente 5,667 personas al año, de las cuales 6.4% fueron operadas de CVa y 5.5% tratadas por Fa[†]. Además, se ha observado que debido a estilos de vida inadecuados, bajo poder adquisitivo, la misma complejidad de la enfermedad y no seguir adecuadamente el tratamiento con ACO, la persona puede presentar complicaciones, tales como evento vascular cerebral, tromboembolia pulmonar, trombosis de las válvulas cardíacas y en miembros pélvicos, o bien, sangrado en los diferentes órganos o sistemas, poniendo en riesgo la vida de la persona. Por lo tanto, la finalidad de este trabajo es analizar la calidad de vida de las personas con CVa o Fa tratados con ACO, ya que, a pesar de los grandes avances tecnológicos en el tratamiento de las patologías valvulares y Fa, existe riesgo de complicaciones, lo que trae como consecuencia ingresos hospitalarios y reintervenciones quirúrgicas que generan grandes costos para la persona y la institución, así como deterioro de la CV tanto de la persona enferma como de los miembros de la familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, prospectivo y transversal de octubre de 2011 a febrero de 2012. La muestra se calculó estadísticamente con 95% de intervalo de confianza y 30% de poder, dando un total de $n = 113$ personas de CVa con prótesis mecánica y $n = 92$ con Fa; se incluyó por aleatorización simple a adultos de los servicios de hospitalización y consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; ambos sexos, mayores de 18 años tratados con ACO, mismos que se seleccionaron del censo de ocupación hospitalaria; se excluyeron a quienes tenían alteraciones cognitivas, del estado de conciencia y/o mentales, que hablaban otro idioma sin contar con un traductor y se eliminaron los cuestionarios contestados en menos del 90%.

La recolección de datos se realizó con previo consentimiento informado para lo cual se utilizó el instrumento autoadministrado de CV de las personas anticoaguladas, validado y adaptado al español por Sánchez en España con un índice de confiabilidad global por Alfa de Cronbach de 0.82.⁶⁻⁸ Éste consta de 32 ítems distribuidos en las dimensiones de satisfacción, autoeficacia, estrés psicológico, limitaciones diarias y alteraciones sociales; con 5 respuestas tipo

Likert considerando como mínimo 1 punto y máximo 5 puntos. Los puntos de corte fueron muy mala CV (1-32), mala CV (33-64), normal CV (65-96), buena CV (97-128) y muy buena CV (129-160).

Los datos se analizaron en el programa *Statistical Package for Social Sciences* versión 17 con frecuencias y porcentajes para las siguientes variables: sexo, estado civil, diagnóstico, ocupación, escolaridad y CV; se realizaron pruebas de Pearson para edad, satisfacción, autoeficacia, estrés psicológico, limitaciones diarias, alteraciones sociales, tiempo de tratamiento y diagnóstico; se usó prueba de Spearman para escolaridad, así como t Student para comparar la CV de acuerdo al diagnóstico, la procedencia, el tiempo de tratamiento y al sexo. Se consideró $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud,⁹ el presente estudio se cataloga como investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron; asimismo se respetó la autonomía, libertad de expresar su aceptación o rechazo de participación. Los datos obtenidos con previo consentimiento informado de la persona son confidenciales apegándose a lo establecido en el Código de Nüremberg¹⁰ y el Código de Ética de Enfermeras y Enfermeros en México.¹¹

RESULTADOS

Del total de la muestra estudiada ($n = 205$), 55.1% tenía CVa y 65.4% fueron mujeres; la edad promedio que tenían era de 60 ± 14.2 años con un rango de 16 a 91 años; cabe mencionar que las personas con Fa tenía más edad que las personas con CVa (66.05 ± 13.9 versus 55.73 ± 12.87). De acuerdo con el lugar de procedencia, 59.5% eran del área rural. La mayoría eran casados y/o vivían en unión libre (56.6%), 16.6% viudos y 16.6% solteros. El 54.6% se dedicaban al hogar, el 14.1% se encontraban desempleados y 7.3% eran comerciantes. En cuanto a la escolaridad, 65% tenían el nivel básico y 9% no tenían ningún estudio. El tiempo que llevan las personas con el tratamiento de ACO fue de 7.9 años en promedio, siendo mayor en las personas con CVa (8.75 ± 7.5 versus 6.92 ± 6.1).

En general, 57.1% del total de personas estudiadas refirieron tener una CV normal, 26.3% buena CV y nadie tuvo muy mala CV. De acuerdo con el diagnóstico por el cual toman ACO, más de la

[†] Datos proporcionados por el Departamento de Costos y Estadística Médica, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2010.

mitad de las personas con CVa (51.3%) expresaron tener una CV normal y 29.2% una buena CV. Este mismo fenómeno se observó en las personas con Fa, ya que 64.1% refiere tener una CV normal y el 22.8 una buena CV. En relación al lugar de procedencia, más de la mitad de las personas que provienen tanto del área rural como de la urbana, manifestaron tener una CV normal, sin embargo, prevalecieron las que vivían en el área urbana con buena CV (*Cuadro I*).

La CV de las personas con Fa y CVa que toman ACO está más relacionada con el estrés psicológico ($r = 0.899$, $p < 0.000$) y las limitaciones diarias ($r = 0.815$, $p < 0.000$), y en menor grado con la autoeficacia ($r = 0.235$, $p = 0.001$); no resultan significativas las variables tiempo de tratamiento ($r = -0.075$, $p = 0.286$) y diagnóstico ($r = 0.041$, $p = 0.560$). Cabe mencionar que se encontró una asociación débil entre la edad de la persona y las alteraciones sociales ($r = 0.162$, $p = 0.020$), así como la escolaridad con el nivel de CV ($r_s = -0.147$, $p = 0.036$).

En lo que respecta a la CV de acuerdo a los datos demográficos, se observó que las personas con diagnóstico de CVa tienen discretamente mejor CV en comparación con los de Fa (71.78 ± 18.8 versus 70.49 ± 16.5); mientras que los hombres tienen una mejor CV que las mujeres (72.00 ± 15.8 versus 70.52 ± 18.8); tampoco se encontraron diferencias significativas al comparar la CV y sus dimensiones entre el grupo de personas con menos de cinco años de tratamiento y el grupo con más de seis años (*Cuadro II*).

Finalmente, las personas provenientes del área urbana alcanzaron una CV discretamente mayor so-

bre las personas del área rural (71.51 ± 18.2 versus 70.71 ± 17.6); sin embargo, en ninguno de los casos fue estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

Las personas que prevalecen en nuestro estudio, las cuales tomaban ACO fueron las de sexo femenino, este dato concuerda con diversos estudios reportados en la literatura.¹²⁻¹⁴ Se observó que la mejor CV de las personas, está relacionada con la baja escolaridad, a diferencia de lo encontrado por Silva de Assis,¹⁵ donde las personas con niveles de educación altos presentan mejores puntuaciones de CV. Es importante considerar con mucha cautela, la manera como se presenta este fenómeno en la población de estudio, ya que el éxito de la aplicación de estrategias como la educación de la propia persona y del cuidador primario dependen en gran medida, tanto de su capacidad para comprender los términos, como de los conocimientos, así como el consenso entre los profesionales de la salud sobre el tratamiento y la información proporcionada por el equipo multidisciplinario, tal y como lo refiere Drewes.¹⁶

En nuestro estudio los hombres tienen discretamente una mejor CV, aunque no es significativo, en comparación con las mujeres; este dato coincide con lo encontrado en Argentina, Italia, Brasil y los países bajos,^{12-14,17} dado que en el contexto cultural de estas poblaciones consideran importante sentirse emocional y físicamente bien para llevar a cabo sus actividades diarias y del trabajo, o bien, pueda ser resultado de lo observado en nuestro medio, donde

Cuadro I. Calidad de vida de las personas con anticoagulación oral de acuerdo con el diagnóstico y lugar de residencia.

Calidad de Vida	CVa F (%)	Fa F (%)	Total	Urbano F (%)	Rural F (%)	Total
Muy buena	6 (5.3)	3 (3.3)	9 (4.4)	4 (4.8)	5 (4.1)	9 (4.4)
Buena	33 (29.2)	21 (22.8)	54 (26.3)	18 (21.7)	36 (29.5)	54 (26.3)
Normal	58 (51.3)	59 (64.1)	117 (57.1)	51 (61.4)	66 (54.1)	117 (57.1)
Mala	16 (14.2)	9 (9.8)	25 (12.2)	10 (12.0)	15 (12.3)	25 (12.2)
Muy mala	-	-	-	-	-	-
Total	n = 113 (55.1)	n = 92 (44.9)	n = 205 (100)	n = 83 (40.5)	n = 122 (59.5)	N = 250 (100)

Fa = fibrilación auricular, CVa = Cambio valvular.

Cuadro II. Comparación de las dimensiones de CV de acuerdo con sexo, diagnóstico y procedencia de las personas con anticoagulación oral.

Dimensiones de CV	Sexo		p	Diagnóstico			Tiempo de tratamiento		
	Mujer Media (DE)	Hombre Media (DE)		CVa Media (DE)	Fa Media (DE)	p	≤ 5 años Me ± DE	≥ 6 años o más Me ± DE	p
Satisfacción	10.91 (3.9)	10.14 (3.5)	0.168	10.66 (3.9)	10.62 (3.5)	0.934	10.83 ± 4.150	10.46 ± 3.414	0.493
Autoeficacia	12.72 (3.7)	13.58 (3.8)	0.123	13.03 (3.9)	13.01 (3.5)	0.976	12.90 ± 3.656	13.14 ± 3.887	0.657
Estrés psicológico	24.60 (8.5)	24.97 (6.8)	0.755	24.88 (8.4)	24.55 (7.5)	0.775	24.84 ± 8.051	24.62 ± 7.967	0.839
Limitaciones diarias	13.69 (4.8)	14.49 (4.9)	0.264	14.11 (4.9)	13.80 (4.7)	0.660	14.36 ± 5.173	13.58 ± 4.526	0.252
Alteraciones sociales	8.59 (4.0)	8.83 (3.9)	0.681	8.81 (4.0)	8.51 (3.9)	0.600	8.95 ± 4.262	8.39 ± 3.683	0.316
Puntuación total de CV	70.52 (18.8)	72.00 (15.8)	0.573	71.78 (18.8)	70.49 (16.5)	0.694	71.87 ± 18.718	70.19 ± 16.914	0.499

Prueba t de Student $p > 0.05$.

DE: Desviación estándar. CV: Calidad de vida. CVa: Cambio valvular. Fa: Fibrilación auricular.

los hombres se preocupan menos por los cuidados referentes a su salud y muchas veces los delegan a sus esposas o a su cuidador primario, independientemente del parentesco. Llama la atención este fenómeno, ya que las mujeres mexicanas por cultura dedican la mayoría de sus actividades al cuidado de la familia (esposo, hijos, padres, entre otros) antes de darle prioridad al cuidado de su salud; sin embargo, aquellas mujeres que tienen una pareja, en la mayoría de las ocasiones tienen una red social que incluye el conjunto de relaciones interpersonales y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.¹⁸

De acuerdo con el diagnóstico por el cual tienen tratamiento con ACO, los resultados encontrados por Casais,¹² Corbi¹⁴ y Almeida,¹⁹ muestran que la CV de las personas con CVa es mejor que la reportada en las personas con Fa. En nuestro estudio sucedió el mismo fenómeno aunque sin una diferencia estadísticamente significativa; esta percepción se puede deber a que las personas del estudio relacionan su CV con la capacidad funcional y/o las limitaciones diarias, es decir, perciben que su salud física mejora drásticamente tras ser operados de CVa, permitiéndoles realizar un mejor cuidado personal, caminar, subir escaleras, tomar o transportar cargas y realizar esfuerzos de moderados a intensos, a diferencia de las personas con Fa, que su mejoría es paulatina incluso hasta imperceptible.

Las personas con CVa refieren tener una CV de normal a buena, resultado que se asemeja por lo referido por Reyes-Martínez,²⁰ donde tras la coloca-

ción de una prótesis valvular, las personas manifiestan un menor número de síntomas relacionados con la enfermedad; sin embargo, continúan con estrés psicológico ante el riesgo de complicaciones relacionadas con los ACO.

El tiempo que llevan las personas con tratamiento de ACO se asemeja a los resultados reportados por Corbi;¹⁴ sin embargo, él refiere que aquellas personas con más de 10 años con el tratamiento tienen una mejor CV, en nuestro estudio no se encontró ninguna relación. Esta diferencia puede estar relacionada con los mecanismos de afrontamiento y al período de adaptación que desarrolla la persona, así como al cambio de hábitos alimenticios y la conscientización e importancia que le da la persona a su autocuidado, de ahí que a mayor tiempo con el ACO mejor CV. Cabe mencionar que la educación que le proporciona el profesional de enfermería tiene una influencia directa sobre la adherencia al tratamiento y el autocontrol que desarrolla la persona tiene un efecto positivo sobre la CV.

A pesar de que la mayoría de los estudios han reportado que las personas con Fa presentan un deterioro de la CV aun con el tratamiento para controlar el ritmo, la frecuencia cardíaca y limitar sus complicaciones,^{21,22} la personas del presente estudio refieren tener una CV de normal a buena; la diferencia en los resultados puede atribuirse al número de síntomas, las visitas a urgencias y la capacidad funcional en el momento de la evaluación de la CV, por lo tanto, estará determinada por las propias características clínicas de la enfermedad.

Para nuestra población de estudio, la CV tiene una menor relación con la autoeficacia, es decir, no se sienten lo suficientemente capaces para cuidarse por sí mismos y los conocimientos no son los más adecuados. Esto se puede deber a que muchas de las personas tienen un cuidador primario, que generalmente es la mujer, quien cuida bajo un modelo paternalista, resolviendo así sus necesidades humanas; esto favorece la falta de interés de la persona enferma con su autocuidado, ya que a pesar de la educación que le proporciona el profesional de salud, no siempre conoce sus signos y síntomas de alarma, su medicación, la dieta que debe llevar, la actividad física permitida y las funciones que puede desempeñar en el área, entre otras.

CONCLUSIONES

La mayoría de la población de este estudio mostró que tiene una CV de normal a buena, independientemente del diagnóstico de base y tiempo que lleva tomando el ACO. Sin embargo, los hombres y aquellas personas con CVa, expresaron tener discretamente una mejor CV, la cual está relacionada con los síntomas y necesidades personales, así como con el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades de la vida diaria.

Es necesario tomar con cautela los resultados de CV relacionados con el área de procedencia, ya que las personas del área urbana tienen mayor acceso a los servicios de salud, mejores vías de comunicación para llegar a los mismos, así como a la información para su autocuidado. Es necesario que el profesional de enfermería fomente el autocuidado para que la persona se concientice sobre su enfermedad, se haga responsable de su salud apegándose al tratamiento y modifique sus conductas de riesgo; esto a largo plazo tendrá un efecto positivo sobre el número de reingresos hospitalarios, una mejor CV y un mejor uso de los recursos humanos y financieros en las instituciones de salud.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO Statistical Information System (WHOSIS) ©WHO. 2012 [actualizado 26 noviembre 2012; acceso 26 dic 2012]. Disponible en: <http://who.int/whosis/mort/download/en/index.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Demografía y población 2008. [Internet] [citado 20 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Mancera MCS, López PA, Parra BA, Cortés VG. Anticoagulación vía oral. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2008; 16(1): 11-19.
- Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002; 37(S2): 74-105.
- Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa CA. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44(4): 349-361.
- Sánchez GMR, Baonza AY, Cabrera MJM, García-Borrás F, Álvarez NR, Barrera LE. Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral. *Aten Primaria*. 2004; 34(7): 353-359.
- Sawicki PT. A structured teaching and self-management program for patients receiving oral anticoagulation: a randomized controlled trial. Working Group for the Study of Patient Self-Management of Oral Anticoagulation. *JAMA*. 1999; 281: 145-50.
- González-López E, González-Ríos P, Otero-Puime A, Ramos-Quirós E. Calidad de vida de los pacientes tratados con dicumarínicos. *Med Clin (Barc)*. 2012; 139: 696-697.
- Ley General de Salud. [Internet]. México. Diario Oficial de la Federación. 2012 [citado 15 enero 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Complete transcript 01 the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. En: Colomer MF, Pastor GLM. ¿Vigencia del Código de Nuremberg después de cincuenta años? *Cuad Bioética* [Internet]. 1999; IX(37): 103-112. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Secretaría de Salud; 2001.
- Casais P, Meschengieser SS, Sánchez-Lucero A, Lazzari MA. Patient's regarding oral anticoagulation therapy and its effect on quality of life. *Curr Med Res Opin*. 2005; 21(7): 1085-1090.
- Barcelona D, Contu P, Sorano GG, Pengo V, Marongui F. The management of oral anticoagulant therapy: depatients point of view. *Thromb haemost*. 2000; 83(1): 49-53.
- Corbi ISA, Dantas RAS, Pelegrino FM, Carvalho ARS. Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes que usan anticoagulación oral. *Rev. Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 24 agosto 2012]; 19(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_03.pdf
- Silva de Asis MC, Nascimento-Cruz L, Zuchinali P, Rohde Le, Rejane-Rabelo E. Does treatment guided by vitamin K in the diet alter the quality of life of anticoagulated patients? *Nutr Hosp*. 2012; 27(4): 1328-1333.
- Drewes HW, Lambooi MS, Baan CA, Meijboom BR, Graafmans WC, Westert GP. Needs and barriers to improve the collaboration in oral anticoagulant therapy: a qualitative study. *BMC Cardiovascular Disorders* [Internet]. 2011 [citado 26 dic 2012]; 11(76): [aprox. 1 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3268100/pdf/1471-2261-11-76.pdf>
- Gadisseur APA, Kaptein AA, Breukink-Engbers GM, Van Der Meer FJM, Rosendaal FR. Patient self-management oral anticoagulant care vs management by specialized anticoagulation clinics: positive effects on quality of life. *J Thromb Haemost*. 2004; 2: 584-591.
- Huenchuan NS, Sosa PZ. Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile. *Notas Pobl*. 2003; 30(77): 103-137.
- Almeida GQ, Noblat LACB, Santana PLC, Nascimento HF. Quality of life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2011 [citado 26 dic 2012]; 9: 91 [aprox.

- 1 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221633/pdf/1477-7525-9-91.pdf>
20. Reyes-Martínez M, Cadena-Estrada JC. Calidad de vida de los pacientes con prótesis valvular biológica y mecánica de acuerdo al sexo. *Rev Enferm Cardiol Mex.* 2012; 20(2): 54-59.
21. Camm AJ. Calidad de vida en pacientes con fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63(12): 1393-1395.
22. Peinado R, Arribas F, Ormaetxe JM, Badía X. Diferencias en la calidad de vida según el tipo de fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63(12): 1402-1409.