

## Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio

### Quality of life in connection with the Health of patients myocardial infarction

Vargas Toloza Ruby Elizabeth\*  
Edith Ordoñez Pabón\*\*  
Oscar Eduardo Montalvo Miranda\*\*  
Viviana Lorena Díaz Torres\*\*

#### RESUMEN

Hoy en día las enfermedades cardiovasculares se consolidan como una de las primeras causas de muerte en el mundo entero. Según cifras del DANE, en Colombia murieron por infarto del miocardio en el año 2005, 24.081 personas, de las cuales el 56.22% correspondieron al sexo masculino y 43.78% al sexo femenino. Este comportamiento es muy similar en la ciudad de Cúcuta donde se presentaron en el mismo año 274 muertes de las cuales el 63.13% corresponden a personas de sexo masculino viéndose así que el grupo más afectado corresponde a mayores de 65 años con un 73.35%, donde se puede evidenciar la importancia que tiene esta entidad a nivel regional, nacional e internacional.

De allí surge la inquietud de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto agudo de miocardio, debido a que estos no siempre recuperan la

capacidad para mantener un autocuidado eficaz, y así de esta manera satisfacer sus necesidades físicas, biológicas y psíquicas, por lo cual pueden presentar distintos niveles de dependencia de los profesionales de la salud, cuidadores informales y hasta de su propia familia, convirtiéndose en una carga para ellos, generando en los pacientes estados de depresión, ansiedad y tristeza. Teniendo en cuenta que todos estos sentimientos son perjudiciales en la recuperación y a la vez, convirtiéndose en nuevos factores de riesgo tanto para la presentación de un nuevo infarto que esta vez podría llegar a ser fatal o limitar gravemente las actividades de la vida diaria del paciente en tal grado que se pueda ver afectada su salud mental debido al estado de depresión en el cual puede caer el paciente.

#### Palabras claves:

Percepción, calidad, rol, salud mental, salud física.

#### SUMMARY

Today in day the cardiovascular illnesses consolidate like one of the first causes of death in the whole world, according to figures of the

\* Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica con Énfasis en Urgencias. Directora Departamento de Atención Clínica de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante del Grupo de Investigación de Salud Pública. E-mail: [rubyelizvt@hotmail.com](mailto:rubyelizvt@hotmail.com)

\*\* Enfermeros. Universidad Francisco de Paula Santander. Egresados 2007

one DANE in Colombia they died for Infarction of the myocardial in the year 2005, 24.081 people, of these 56.22% corresponded to the masculine sex and 43.78% to the feminine sex. This behavior is very similar in the city of Cúcuta in which you/they were presented in the same year 274 deaths of which 63.13% corresponds to people of masculine sex and the group but affected it is the one of bigger than 65 years with 73.35%, reason why we can evidence the importance that has this clinical entity at international, national and regional level.

Of there the restlessness arises of evaluating the quality of life related with the health of the patient Post Sharp Infarction of Myocardial, because these don't always recover the capacity to maintain an effective self-care for this way to satisfy its physical, biological and psychic necessities, reason why they can present different levels of professionals' of the health dependence, informal caretakers and until of its own family, becoming a load for them, generating in the patient depression states, anxiety and sadness; keeping in mind that all these feelings are harmful in the recovery becoming new factors of so much risk so that it presents a new infarction that this time could arrive to make fatal or to limit the activities of the patient's daily life gravely in such a degree again that you its mental health can be affected due to the depression state in which the patient can fall.

**Key words :**

Perception, quality, list, mental health, physical health.

## INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. 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.

Mucho se ha investigado y escrito sobre calidad de vida; así, para Coelho y Amante, la calidad de vida es la condición de la existencia del ser humano referida a los modos de vivir en sociedad, esto es, dentro de los límites establecidos en cada momento histórico para vivir la cotidianidad, esta existencia también debe satisfacer las exigencias o demandas que la cotidianidad genera para las personas que integran la sociedad.

En este artículo, es de vital importancia valorar la calidad de vida de los pacientes post infarto agudo del miocardio, ya que se describe la percepción del componente de salud física y del componente de salud mental de la población, permitiendo conocer mejor el impacto de la enfermedad y sus expectativas, mediante la evaluación de componentes relacionados con el dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Con el presente estudio se fortalece la disciplina de enfermería, puesto que permite profundizar en el conocimiento y las dimensiones del problema en estudio, siendo

este el primer paso para la creación de programas que centren su labor en la búsqueda y control de todos aquellos factores que alteran el bienestar del paciente post infarto agudo de miocardio.

## MATERIALES Y METODOS

La población en estudio está conformada por los pacientes post infarto, tomándose como muestra a todos los pacientes que egresaron con vida del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz con o sin tratamiento invasivo. De los 66 pacientes egresados durante el período comprendido entre diciembre del 2006 y junio del 2007 y quienes aceptaron voluntariamente participar en la investigación, 50 cumplieron con los criterios de inclusión, los restantes residían en otros municipios o fallecieron después del egreso hospitalario.

### La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas

La recolección de los datos se realizó a través de la visita domiciliar a cada uno de los pacientes, después de dos meses de ocurrido el evento, aplicando una entrevista estructurada y empleando el cuestionario de salud SF-36, que fue creado por Demipter y cols, quienes concluyen que este es el mejor instrumento genérico de medida de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica.

Este instrumento evalúa aspectos de la calidad

de vida en poblaciones adultas.

Al aplicar el cuestionario se tiene en cuenta ocho conceptos o escalas de salud los cuales son: la función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. Incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior, permitiendo identificar la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. Sin embargo, existen seis versiones de la encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-Norteamericana de Estados Unidos de América.

En un estudio realizado en Medellín-Colombia se concluyó que el SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos.<sup>1</sup>

Con el fin de identificar la situación sociodemográfica de la población en estudio fue necesario anexar 4 preguntas relacionadas con la situación sociodemográfica. La información fue tabulada a través del sistema estadístico EPI-INFO, se presentó en tablas y gráficos (diagrama de barras y circular); para el análisis se utilizaron las medidas de tendencia central como media, mediana y moda.

## OBJETIVOS

### Objetivo General:

Evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes

<sup>1</sup> LUGO A Luz Helena, GARCIA G Héctor Iván y GOMEZ R Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* ISSN 0120-386X. Jul./Dic. 2006, Vol.24, no.2, p.37-50.

Postinfarto Agudo de Miocardio que egresaron del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo comprendido entre diciembre de 2006 y junio de 2007.

### Objetivos Específicos:

Describir la percepción del componente de salud física de los pacientes post Infarto Agudo de Miocardio que egresaron del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo comprendido entre diciembre del 2006 a junio de 2007.

Describir la percepción del componente de salud mental de los pacientes post Infarto Agudo de Miocardio que egresaron del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo comprendido entre diciembre de 2006 y junio de 2007.

## RESULTADOS Y DISCUSION

### 1. Caracterización sociodemográfica

La edad promedio de la población estudio fue de 63 y 64 años, además el grupo etáreo predominante está constituido por los mayores de 60 años representando el 64% de la población, esto sugiere que el infarto agudo de miocardio afecta principalmente al adulto mayor, resultado similar al arrojado en el estudio elaborado por Abreu Sánchez A. (2002),<sup>3</sup> cuya edad promedio fue de 62.73.

El sexo predominante fue el masculino representado en el 70 %, lo que confirma la mayor incidencia en los hombres de infarto agudo de miocardio, similar este resultado con el obtenido en el estudio de Jiménez Muro 1994 – 1995 España,<sup>4</sup> cuyos pacientes hombres correspondían al 83%.

Con relación a la situación laboral el 34% de la población se encuentra desempleada, cifra que refleja la existencia de algún tipo de limitación en el desempeño de las actividades después de la ocurrencia del infarto; por otra parte, el 50% de la población se mantiene activa pero la mayoría de ellos refieren haber disminuido la intensidad laboral. Se evidencian resultados similares a los obtenidos en el estudio realizado por Abreu Sánchez A.(2002)<sup>3</sup> donde el 53.8% de la población se encuentran activos pero manifestaron alto grado de retiro o cambio de actividad.

El régimen de salud predominante en el estudio es el subsidiado con el 86%, dato que refleja los bajos ingresos que obtiene gran parte de la población, la cual se relaciona directamente con la situación laboral de los mismos, convirtiéndose a su vez en un posible factor desencadenante de estrés y conflictos en el núcleo familiar que dificulta las relaciones, fomenta los sentimientos de inutilidad, frustración y desesperanza generando un incremento del riesgo de padecer nuevamente un infarto mas grave.

<sup>3</sup> ABREU Sánchez, A. y ARENAS Fernández J, ROJAS Ocaña M.J, RODRÍGUEZ Y Rodríguez J.B. Calidad de vida de los pacientes post infarto de miocardio. Diferencias según la edad. Madrid: Pearson, 2003. 29 p.

<sup>4</sup> JIMÉNEZ Muro, GÓMEZ Pajuelo, SÁENZ DE LA CALZADA Urbano, LACASA Rivero y POMBO Jiménez. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio no complicado. Madrid. 1994-1995.

<sup>5</sup> ABREU Sánchez, A. Op. Cit. 29p.

## 2. Calidad de vida relacionada con la salud.

**Tabla 1. Distribución de la variable calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con infarto agudo de miocardio. Servicio medicina interna HUEM Cúcuta 2006.**

	PEOR CALIDAD DE VIDA (0-49 PUNTOS)		MEJOR CALIDAD DE VIDA (50- 100 PUNTOS)		F TOTAL
	FRECUENCIA	TASA	FRECUENCIA	TASA	
MASCULINO	28	0.80	7	0.20	35
FEMENINO	13	0.87	2	0.13	15
TOTAL	41	0.82	9	0.18	50

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud de la población, 41(82%) de los 50 pacientes participantes tienen una percepción de peor calidad de vida con una tasa de 0.82. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio realizado por Francisco Ramón Breijo. (2006),<sup>3</sup> donde se determinó que el 85.29% de los pacientes presentaban en mayor o en menor medida una disminución en su calidad de vida. Igualmente en el estudio realizado por Abreu Sánchez A. (2002)<sup>4</sup>, se evidenció que más del 50% de los pacientes presentaban un deterioro marcado en la calidad de vida.

**La situación laboral de los pacientes se convierte en un posible factor desencadenante de estrés y conflicto en el núcleo familiar**

<sup>3</sup> BREIJO, Francisco Ramón. Calidad de vida de los pacientes post Infarto Agudo de Miocardio. Bostón. 2006.

<sup>4</sup> ABREU Sánchez, A. Op. Cit.

Al comparar las tasas del sexo masculino con las del femenino se observa una diferencia entre estos dos, ubicando al sexo femenino como el más afectado con una tasa de 0.87 en comparación con el sexo masculino que tiene una tasa de 0.80, estos resultados son

contrarios a los encontrados en la literatura en la cual siempre se encuentra un dominio marcado del sexo masculino y nos muestra la necesidad de enfocar las actividades a los dos sexos.

**Tabla 2. Distribución de la variable componente de salud física de los pacientes. Según la escala de medición en pacientes con infarto agudo de miocardio. Servicio medicina interna HUEM Cúcuta 2006.**

SUBVARIABLE	PEOR CALIDAD DE VIDA (0-49 PUNTOS)	MEJOR CALIDAD DE VIDA (50-100 PUNTOS)
1. FUNCION FISICA	49	
2. ROL FISICO	34	
3. DOLOR CORPORAL		67
4. SALUD GENERAL	23	

Fuente: cuestionario de salud SF-36

**Es importante resaltar que el 74% de los pacientes manifestó sentirse limitado en su trabajo o actividad**

Respecto a la variable componente de salud física, la escala más afectada en la población estudio es la salud general con un promedio de 23 puntos, lo que hace evidente la percepción negativa de salud que tienen los pacientes, 76 % de ellos refieren que su salud es regular o mala y el 96% manifestaron que su salud desmejoró comparándola con la de un año atrás, sumado a esto el 40% cree que su salud va a empeorar y además el 82% niega que su salud sea excelente. Lo anterior se encuentra

bien documentado en la literatura donde se confirma que la mala percepción de la salud es una de las principales consecuencias a nivel físico y psicológico del infarto agudo del miocardio.

Seguido a la salud general se encontró que el rol físico tiene un puntaje a considerar de 34 puntos, es importante aclarar que se define como rol físico a las actividades que realiza la persona como parte de su quehacer diario que requieren de un gasto energético y esfuerzo variable. En el presente estudio se encontró que el 66% de los pacientes redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad siempre 24%, la mayor parte del tiempo 42%. Es importante resaltar que el 74% de los pacientes manifestó sentirse limitado en su trabajo o actividad (siempre 20%, la mayor parte del tiempo 54%). Evidenciando las dificultades que tienen estas personas para realizar sus actividades cotidianas incluyendo el trabajo, esto coincide con el estudio

realizado por Gutiérrez Morlate en el año 1999<sup>1</sup> en España sobre el impacto del infarto del miocardio en la situación laboral de los pacientes donde solo el 35% de los pacientes logró mantener su trabajo.

Por otra parte en la escala de dolor corporal se obtuvo una mejor calidad de vida con un puntaje de 67, como resultado el 20 % de los pacientes no presentó dolor en ninguna parte del cuerpo y un 44 % si presentó dolor de forma leve, entre los pacientes que presentaron dolor el 22 % indicó que este no había interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa) y en el 40 %

solo un poco, por lo cual el dolor no es obstáculo para la realización de sus labores cotidianas.

En general el 68% de los pacientes del estudio tienen una percepción de mala calidad de vida relacionada con la salud en el componente de salud física, este resultado es significativo y más al compararlo con el estudio realizado por Breijo Márquez (2006) en Boston en el cual el 34.90% de los pacientes presento alteraciones del componente físico lo que muestra las consecuencias que genera en este componente el infarto agudo de miocardio en las personas que lo presentan.

**Tabla 3. Distribución de la variable componente de salud mental de los pacientes con infarto agudo de miocardio. Servicio medicina interna HUEM Cúcuta 2006.**

SUBVARIABLE	PEOR CALIDAD DE VIDA (0-49 PUNTOS)	MEJOR CALIDAD DE VIDA (50- 100 PUNTOS)
5. VITALIDAD	30	
6. FUNCION SOCIAL	42	
7. ROL EMOCIONAL	41	
8. SALUD MENTAL	37	

Fuente: Cuestionario de salud. SF – 36. Percepción de Calidad de Vida en las personas.

Al analizar cada una de las escalas del componente de salud mental se resalta que la más afectada en el presente estudio es la escala de vitalidad con un puntaje promedio de 30 puntos; esta situación es comprensible si se tiene en cuenta que los pacientes que han padecido un infarto agudo de miocardio presentan dos veces mas riesgo de sufrir un episodio depresivo en comparación con la población general que no ha sufrido un infarto agudo de miocardio, esto se evidencia en los

resultados de la escala de vitalidad donde el 64% de los pacientes manifestó que no se sintió con ánimos durante el último mes; además, el 20% manifestó que nunca se sentía con mucha energía y el 48% que muy poco tiempo se encontraba en ese estado.

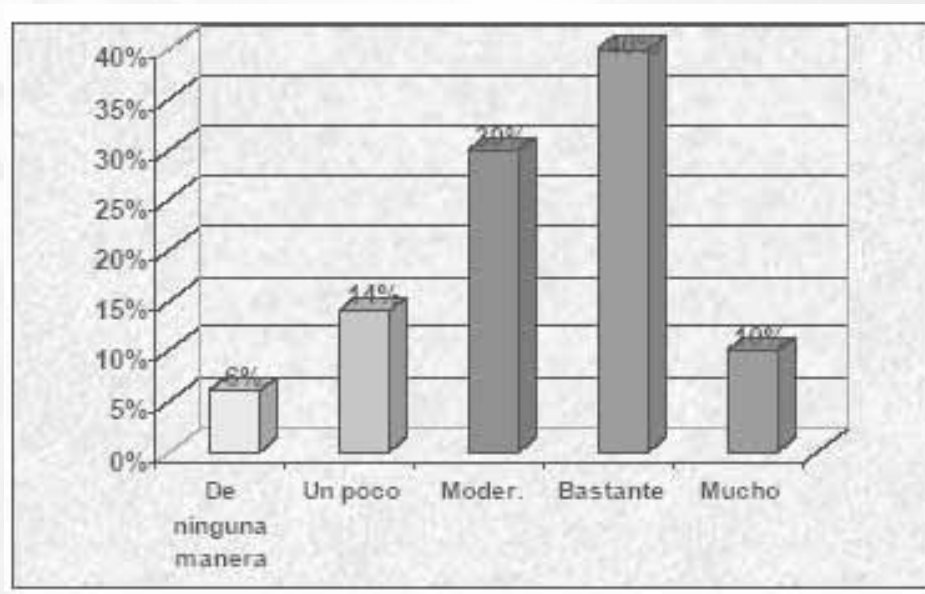
Cabe mencionar que el 74% de los pacientes del estudio manifestó sentirse siempre o casi todo el tiempo cansado, lo que dificulta la realización de las actividades cotidianas y su

<sup>1</sup> GUTIÉRREZ Morlate Jesús, VACA Arlandis Milagros, LOBATO Garcia Ana, LLORCA Diaz Javier, PRIETO Solis Jose, DOMENECH Delgado Javier y SANJOSE Garaganza jose M. Impacto del infarto del miocardio en la situación laboral de los pacientes. Calambria. 1999. p. 12 – 25.

evolución para lograr nuevamente su independencia tanto emocional como laboral, lo lleva a un aislamiento y a un círculo vicioso que aumenta su estrés y sentimientos de impotencia o la creencia de ser una carga para

su familia después de ser quien mantenía el hogar u ocupaba un cargo importante en el núcleo familiar, lo que puede llevarlo a sufrir un nuevo evento coronario con consecuencias fatales.

**Grafica 1: Escala Función Social. Pacientes Post infarto agudo de miocardio Servicio de Medicina Interna del H.U.E.M. Cúcuta 2006.**



Fuente: Cuestionario de salud. SF – 36. Percepción de Calidad de Vida.

La función social comprende las actividades del individuo en las cuales mantiene una interrelación con las personas que pertenecen a su grupo familiar o social, logrando así momentos de esparcimiento y relajación que fomentan la salud mental del individuo y su familia. Es evidente la importancia de la función social en la vida de la persona ya que luego de sufrir un infarto agudo de miocardio esta se ve afectada de forma considerable, el 50% de los pacientes manifestaron que problemas físicos o emocionales dificultaron sus actividades sociales normales con la familia, amigos o su grupo social siendo esta una cifra significativa que evidencia el impacto del infarto agudo de miocardio en la función social del paciente alterando percepción de la calidad de vida.

En relación al rol emocional de los pacientes se encontró una disminución del tiempo dedicado al trabajo u otra actividad como resultado de sus problemas emocionales: depresión o ansiedad siempre (24 %) o la mayor parte del tiempo (48%); en los últimos años se ha confirmado una alta prevalencia de trastornos depresivos en la población que ha sufrido un infarto agudo de miocardio; además, los hallazgos recientes permiten identificar la depresión como un importante predictor de complicaciones cardiológicas en este padecimiento, así como una mayor mortalidad en el seguimiento aun después de controlar las variables cardiológicas de mayor riesgo para la supervivencia.



## CONCLUSIONES

En cuanto a las características sociodemográficas se evidenció un acentuado predominio del sexo masculino el cual representó el 70% de la población, lo que confirma una vez más la predisposición de este sexo a las enfermedades cardiovasculares y de manera más exacta al infarto agudo de miocardio; además, el promedio de edad fue de 63.4 años y su situación laboral desempleado o trabajador independiente, pertenecientes en su mayoría al régimen subsidiado.

De acuerdo a la percepción que tienen los pacientes sobre su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es indiscutible la influencia negativa del infarto agudo de miocardio, debido a que esta entidad patológica logra afectar todas las esferas del individuo impidiéndole el libre desarrollo de sus actividades cotidianas que requieren algún tipo de esfuerzo, aunque dicha limitación no es solo física, el infarto agudo de miocardio interfiere además en las relaciones del paciente con sus familiares, amigos y otras personas que integran su círculo social.

En relación al componente de salud física los pacientes afectados experimentaron alteraciones en mayor o menor grado, las cuales se asocian con complicaciones que presenta el corazón para suplir las necesidades del organismo. Teniendo en cuenta lo anterior las actividades físicas que exigen cierto grado de esfuerzo incrementarán las necesidades de nutrientes del músculo aumentando el trabajo cardiaco, esta situación puede llevar en muchos casos a la aparición de dolor precordial o molestias torácicas (angina de pecho) que provoca el cese de la actividad, genera ansiedad y temor en el paciente.

En el presente estudio el dolor no se presentó

de forma considerable por lo cual esta fue la única escala en la cual se obtuvo un puntaje indicativo de mejor percepción de calidad de vida relacionada con la salud (67 puntos) a diferencia de las otras que si presentaron compromiso; por esta razón el 68% de los pacientes mostró una percepción negativa de su calidad de vida relacionada con la salud en el componente de salud física, además se evidencia nuevamente el predominio del sexo masculino (64.7%) y de los mayores de 60 años.

En cuanto al componente de salud mental se determinó que el área más crítica y poco abordada en este tipo de pacientes presentó un promedio general de 37 puntos (peor calidad de vida relacionada con la salud), esta situación es comprensible y preocupante, debido a que es conocida la asociación entre el infarto agudo de miocardio y los trastornos afectivos como la depresión, ansiedad y su fuerte tendencia a desencadenar una serie de fenómenos a nivel cerebral y cardiovascular que predisponen a los pacientes a nuevos eventos con consecuencias fatales. Además de esto, interfiere con sus actividades cotidianas y recreativas encerrándolo en un círculo de estrés y ansiedad que le impide recuperar su autonomía. Es evidente el impacto negativo del infarto agudo de miocardio en la salud mental, esto se ve reflejado en el 84% de los pacientes que presentaron una percepción negativa de su calidad de vida relacionada con la salud, con predominio del sexo masculino y edad mayor de 60 años.

## BIBLIOGRAFIA

LUGO A, Luz Helena, GARCIA G, Héctor Iván y GOMEZ R, Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36

en Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, jul./dic. 2006, vol.24, no.2, p.37-50. ISSN 0120-386X.

ABREU Sánchez, A. y ARENAS Fernández J, ROJAS Ocaña M.J, RODRÍGUEZ Y Rodríguez J.B. Calidad de vida de los pacientes post infarto de miocardio. Diferencias según la edad. Madrid: Pearson, 2003. 29 p.

JIMÉNEZ Muro, GÓMEZ Pajuelo, SÁENZ DE LA CALZADA Urbano, LACASA Rivero y POMBO Jiménez. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio no complicado. Madrid. 1994-1995.

BREIJO, Francisco Ramón. Calidad de vida de los pacientes post Infarto Agudo de Miocardio. Bostón. 2006.

GUTIÉRREZ Morlate Jesús, VACA Arlandis Milagros, LOBATO Garcia Ana, LLORCA Diaz Javier, PRIETO Solis Jose, DOMÉNECH Delgado Javier y SAN JOSÉ Garaganza jose M. Impacto del infarto del miocardio en la situación laboral de los pacientes. Calambria. 1999. p. 12–25.

ARANGO Escobar Juan José, Infarto de Miocardio de la fisiopatología a la terapéutica moderna. Colombia. 1997. p. 10-13.

ARÓS Fernando, LOMA Osorio Ángel, ALONSO Ángeles, ALONSO Joaquín, CABADÉS Adolfo, COMA- Canella Isabel, GARCÍA Castrillo Luís, GARCÍA Eulogio, LÓPEZ Esteban, PABÓN Pedro, SAN JOSÉ José, y WORNER Fernando. Guías de actuación clínica de la sociedad Española de Cardiología en el Infarto Agudo de Miocardio. España. 1999. P. 939-955.

DENOLLET J, BRUTSAERT DL. Personality, disease severity and the risk of long term cardiac events in patients with a

decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*. 1998, p. 167-73.

Entidad Social del Estado: Hospital Universitario Erasmo Meoz. Información Estadística: 50 primeras causas de morbilidad en los servicios de hospitalización I semestre año 2006. Colombia.

HERDMAN M, BARO E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. Madrid: Jarpyo, 2000. 174 p.

BADÍA x, PODZAMCZER D. Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2000. p. 19-33.

MORALES, F. Psicología de la salud. La Habana: Científico, 1999. 253 p.

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de salud. Washington: OMS, 2000. 298 p.

G. Permanyer Miralda, G. Cascant, I. Moral, J. Alonso y J. Soler Soler. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud a los dos años de la cirugía coronaria. Barcelona: M&M, 1997. P. 446-451-547.

SOTO M, FAILDE I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Madrid - España: Cantabria, Diciembre 2004. 505- 641 p.

SUZUKI, T.; YAMAUCHI, K. y YAMADA, Y. Blood coagula-bility and fibrinolytic activity before and after physical training during the recovery phase of acute myocardial infarction. Tokio: Clin Cardiol, 1992. 214 p.

HAMBRECHT R, WOLF A, GIELSEN S, et al. Effects of exercise on coronary endothelial function in patients with coronary artery disease. N Engl J Med 2000, p. 454-460.

HERTZEANU H, SHEMISH J, ARON A y Col. Ventricular arrhythmias in rehabilitated and nonrehabilitated postmyocardial infarction patients with left ventricular dysfunction. Am J Cardiol 1993; p. 24-27.

KISEN Briger Oscar, RASMUSSEN Ricardo, LADISLAO Endrei. Sedentarismo. Córdoba, Argentina. Diciembre 1999. p. 1

KLEIGER RE, MILLER JP, BIGGER JT, et al. Decreased heart rate variability and its association with increased mortality after acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1987, p. 256-262.

KRISKOVICH Jorge. Rehabilitación en el enfermo coronario. 2003, p. 2-4

LACH Badia X. y TUDELA Lizán L. Estudios de calidad de vida. Atención primaria. 2003. p. 250.

Malfatto G, Facchini M, Bragato R, et al. Short and long term effects of exercise training on the tonic autonomic modulation of heart rate variability after myocardial infarction. Eur Heart J 1996, p. 532-538.

Organización Mundial de la Salud OMS, Informe Mundial de Salud. 2000

Departamento administrativo nacional de estadística. Estadísticas vitales. Defunciones por grupo de edad y sexo. Colombia. 2005.

WOOD, D. European and American recommendation for coronary heart disease prevention. Houston: Eur Heart, 1988. 319 p.