

## Calidad de vida relacionada a la salud de sujetos internados, como consecuencia del primer síndrome coronario agudo

Carina Aparecida Marosti Dessotte<sup>1</sup>

Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>2</sup>

André Schmidt<sup>3</sup>

Lídia Aparecida Rossi<sup>4</sup>

El objetivo de este estudio fue investigar la calidad de vida relacionada a la salud, basada en las últimas cuatro semanas que antecedieron a la primera internación, por un síndrome coronario agudo, y describir potenciales asociaciones entre la calidad de vida, sexo y tratamiento previo para otras enfermedades cardiovasculares. Como método, se utilizó el estudio descriptivo y exploratorio, de tipo transversal, realizado en dos hospitales públicos en el interior del Estado de Sao Paulo. De los 253 sujetos estudiados, 69,2% eran hombres, 69,6% casados, o vivían con un compañero, y 58,1% eran profesionalmente activos antes de la internación. La edad promedio fue de 57,9 años. Los mayores puntajes obtenidos fueron en el dominio aspectos sociales ( $\bar{x}=86,1$ ), en cuanto el dominio más comprometido fue aspectos físicos ( $\bar{x}=57,7$ ). Se concluye que las mujeres, así como los sujetos que ya hacían tratamiento previo para otras enfermedades cardiovasculares, presentaron peor calidad de vida, y las diferencias fueron todas estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ).

Descriptores: Calidad de Vida; Enfermedad Coronaria; Síndrome Coronario Agudo.

<sup>1</sup> Enfermera, Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: camarosti@uol.com.br.

<sup>2</sup> Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br.

<sup>3</sup> Médico, Doctor en Medicina, Profesor Doctor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: aschmidt@fmrp.usp.br.

<sup>4</sup> Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: rizzardo@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Av. dos Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: rsdantas@eerp.usp.br

## Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrente da primeira síndrome coronariana aguda

O objetivo deste estudo foi investigar a qualidade de vida relacionada à saúde, baseada nas últimas quatro semanas que antecederam a primeira internação, por uma síndrome coronariana aguda, e descrever potenciais associações entre a qualidade de vida, sexo e tratamento prévio para outras doenças cardiovasculares. Usou-se, como método, o estudo descritivo e exploratório, do tipo transversal, realizado em dois hospitais públicos no interior do Estado de São Paulo. Dos 253 sujeitos estudados, 69,2% eram homens, 69,6% casados, ou viviam com um parceiro, e 58,1% eram profissionalmente ativos antes da internação. A idade média era de 57,9 anos. Os maiores escores obtidos foram no domínio aspectos sociais ( $\bar{x} = 86,1$ ), enquanto o domínio mais comprometido foi aspectos físicos ( $\bar{x} = 57,7$ ). Conclui-se que as mulheres, assim como os sujeitos que já faziam tratamento prévio para outras doenças cardiovasculares, apresentaram pior qualidade de vida, e as diferenças foram todas estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ).

Descritores: Qualidade de Vida; Doença das Coronárias; Síndrome Coronariana Aguda.

## Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome

This study aimed to investigate health-related quality of life based on the four weeks antecedent to first admission for acute coronary syndrome and describe potential associations between quality of life, gender and prior treatment for any other cardiovascular condition. An exploratory, descriptive and cross-sectional study was conducted in two public hospitals in an inner state city of the State of São Paulo. Of 253 participants studied, 69.2% were male, 69.6% were married or living with a partner, and 58.1% were professionally active before the current hospital admission. Mean age was 57.9 years old. Higher scores were seen in the Social Functioning ( $\bar{x} = 86.1$ ) domain, while the domain perceived as more compromised was Role Physical ( $\bar{x} = 57.7$ ). Female participants and those who had previously been treated for any other cardiovascular condition had lower quality of life, and these differences were all statistically significant ( $p < 0.05$ ).

Descriptors: Quality of Life; Coronary Disease; Acute Coronary Syndrome.

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótica son, actualmente, las principales causas de muerte e invalidez en el mundo. Se estima que en torno de 81 millones de americanos adultos tienen una o más enfermedades cardiovasculares. Entre ellas, la prevalencia de infarto del miocardio y de angina es mayor entre los hombres, aumentando con la edad y el nivel de escolaridad<sup>(1)</sup>. Según la Organización Panamericana de Salud, las enfermedades crónicas han sido consideradas devastadoras, no solamente para los individuos/familiares, pero, también, para las comunidades, particularmente las más carentes, mostrando ser una amenaza creciente para el desarrollo económico. Se estima que en las próximas

dos décadas, en los países de América Latina y El Caribe, habrá casi el triple de incidencia de enfermedad isquémica del corazón y accidente cerebrovascular. En la mayoría de esos países, las enfermedades crónicas son, actualmente, las principales causas de mortalidad e incapacidades prematuras y contribuyen para casi 50% de los años de vida, ajustados por incapacidad, perdidos, en la región. En lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares, en la primera década del siglo XXI, se prevé que ellas provoquen cerca de 20,7 millones de muertes. Las previsiones para las próximas dos décadas incluyen casi el triple de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y accidente cerebrovascular, en América Latina<sup>(2)</sup>.

En Brasil, la tasa de mortalidad específica (muertes por 100.000 habitantes) para enfermedad isquémica, en el intervalo etaria de 40 a 49, es de 29, llegó a 425 en el intervalo de 70 a 79 años y a 914 en el intervalo de 80 años o más. El total de muertes en número absoluto de enfermedades cardiovasculares, en 2005, registradas en el Brasil, fue de 283.565, siendo 84.871 por enfermedad isquémica<sup>(3)</sup>.

La enfermedad arterial coronaria (EAC) es la causa más común del síndrome coronario agudo (SCA). El SCA ocasiona la presencia de síntomas como sensación de opresión, ardor en el pecho, disnea y cansancio, los cuales son las principales manifestaciones clínicas del SCA<sup>(4)</sup>. Después del diagnóstico, los individuos se enfrentan con situaciones como, por ejemplo, tener que aprender a convivir con la enfermedad cardíaca y las posibles incapacidades para siempre, lo que ha generado un gran número de estudios sobre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de esos sujetos.

Al comparar la CVRS de individuos de la población general con la CVRS de individuos con EAC diagnosticada, se ha observado que sujetos con EAC tienen las peores evaluaciones tanto en el aspecto físico como en el aspecto emocional de la CVRS, cuando comparados a las personas sin EAC<sup>(5-6)</sup>.

La mayoría de los estudios que han evaluado la CVRS de individuos con EAC fueron realizados en los Estados Unidos<sup>(6-8)</sup>, en países europeos<sup>(5,9-10)</sup> y en menor número también ha sido realizado en países como Canadá<sup>(11)</sup>. Entre esos estudios, la evaluación de la CVRS ha sido realizada predominantemente con el uso del instrumento SF-36. El enfoque de los investigadores está dirigido para la evaluación de la CVRS en diferentes momentos, después de la primera internación consecuencia de la EAC<sup>(7,9-15)</sup>. La evaluación de la CVRS, realizada durante la primera internación con abordaje retrospectivo, ha sido poco investigada y, cuando hecha, enfoca sujetos con infarto agudo del miocardio (IAM)<sup>(10)</sup>. Individuos con angina inestable (AI), la otra forma de presentación del SCA, son poco estudiados.

Así, la gran mayoría del conocimiento sobre la CVRS de personas con EAC fue producido estudiando individuos que viven en países desarrollados y, predominantemente, durante su rehabilitación, después del alta hospitalaria. Delante de los múltiples factores que participan de la determinación y el tratamiento de la EAC y del carácter subjetivo de la evaluación de la CVRS, es necesario ampliar esa investigación, considerando otras poblaciones con diferentes características sociodemográficas y culturales. Personas que viven en países en desarrollo, como en Brasil, pueden percibir, de forma distinta, los dominios que

determinan su CVRS, después del diagnóstico de la EAC.

En Brasil, los estudios sobre la CVRS de esos individuos todavía son incipientes<sup>(15-19)</sup>. Se piensa que es necesario evaluar como el individuo percibe su CVRS en el mes que antecedió a la primera internación debido al SCA. Ese conocimiento podrá auxiliar a los enfermeros en la comprensión de como ellos perciben las manifestaciones de la enfermedad cardíaca y, consecuentemente, como esos sujetos deberán ser abordados por el equipo de salud objetivando la prevención de eventos más graves y, posteriormente, auxiliando en el plano de cuidado durante la internación y en el proceso de rehabilitación. Delante de la literatura consultada y de la experiencia clínica de la autora de este estudio, se decidió investigar la siguiente cuestión: ¿Existen diferencias en la CVRS de individuos que se internan por primera vez en consecuencia del SAC (IAM y AI), según el sexo y la existencia de tratamiento previo para alguna enfermedad cardiovascular? Algunos estudios han mostrado peores evaluaciones de la CVRS entre mujeres con EAC<sup>(6,8,11,13,16)</sup> y con la presencia de otras enfermedades cardiovasculares<sup>(14)</sup>.

Los objetivos del estudio fueron investigar la CVRS, teniendo como referencia las últimas cuatro semanas de la vida de los individuos que se encontraban internados, como consecuencia del primer SAC, y analizar posibles asociaciones de la CVRS con el sexo y la presencia de tratamiento previo, para otras enfermedades cardiovasculares.

## Métodos

### Delineamiento del estudio y muestra

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, del tipo corte transversal, desarrollado en dos hospitales públicos. Uno de ellos, un hospital universitario, de atención terciaria, afiliado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, campus de Ribeirao Preto. Ese hospital universitario es considerado uno de los más avanzados en salud pública del país, atendiendo una vasta población del área metropolitana, además de atender sujetos de ciudades vecinas y hasta de otros estados del país. El otro hospital utilizado para la recolección de datos, también de atención terciaria, fue la Santa Casa de Misericordia, que presenta fines filantrópicos.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de los hospitales. Los participantes del estudio fueron debidamente esclarecidos sobre la investigación, tanto verbalmente como por escrito, y el término de consentimiento libre e informado, después de explicado, fue firmado por los sujetos e investigadores.

Los potenciales participantes del estudio fueron los sujetos asistidos en los referidos hospitales y que atendieron los siguientes criterios de inclusión: estar internado debido al primer SAC, estar hospitalizado hace, por lo menos, veinte y cuatro horas y, por un máximo, de siete días, tener más de 21 años, estar en condiciones clínicas (físicas y psicológicas) de ser entrevistado por los investigadores y concordar en participar del estudio. El total de 253 sujetos fue adoptado en el estudio, en el período de mayo de 2006 a julio de 2009. El período de recolección de datos fue definido por medio de la disponibilidad de recursos humanos y de plazos para el desarrollo del proyecto. No fue realizado el cálculo de la muestra porque ese estudio fue observacional, cuyo objetivo principal fue explorar las variables y no confirmar hipótesis.

### Recolección de datos

Todos los datos fueron recolectados por entrevistas individuales con los participantes, durante la internación. El instrumento de recolección constó de variables sociodemográficas (sexo, estado civil, situación profesional y fecha de nacimiento) y clínicas (diagnóstico del SAC en la internación y presencia de tratamientos previos para otras enfermedades cardiovasculares). Los datos clínicos fueron obtenidos por medio de revisión de las fichas médicas. El uso de psicofármacos, durante la internación, fue investigado, ya que podría comprometer la evaluación de los participantes en lo que se refiere a su percepción sobre la CVRS.

La CVRS fue evaluada con el instrumento *Medical Outcomes Survey* (MOS) 36 ítems (SF-36)<sup>(20)</sup>, en su versión adaptada para el portugués<sup>(21)</sup>, con validez y confiabilidad comprobadas entre pacientes con EAC<sup>(15-18)</sup>.

Para responder a sus ítems, el sujeto debe considerar las últimas cuatro semanas, lo que justifica la pertinencia de su utilización en el presente estudio. La consistencia interna de los ítems de cada dominio del SF-36 presentó valores de alfa de Cronbach variando de 0,71 (*estado*

*general de salud*) a 0,97 (*aspectos emocionales y aspectos físicos*), lo que representa consistencia interna satisfactoria.

### Análisis de los datos

Los datos fueron procesados y analizados con el programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 15.0. Para analizar las posibles diferencias entre los grupos (según la presencia de tratamiento previo y el sexo de los participantes), fue utilizado el test t de Student para muestras independientes, y el nivel de significancia adoptado fue de 0,05.

### Resultados

De los 253 participantes del estudio, 175 (69,2%) eran del sexo masculino, 176 (69,6%) casados o viviendo en unión consensual y 147 (58,1%) activos profesionalmente, antes de la actual internación consecuencia del SCA. La edad promedio fue de 57,9 años (de=12,2), variando de 25,4 a 82,2 años.

En cuanto al diagnóstico en la internación, 142 (56,1%) estaban hospitalizados con el diagnóstico de IAM y 111 (43,9%) con el diagnóstico de AI. Se constató que 141 (55,7%) participantes ya hacían tratamiento para alguna enfermedad cardiovascular antes del apareamiento del primer SCA, siendo la más incidente la HAS (135; 53%). Entre los participantes, 62 (24,5%) estaban siendo medicados con psicofármacos, durante la internación.

Los resultados de la evaluación de la CVRS de individuos que se internaron, debido al primer SCA, se presentan en la Tabla 1. Se observó que las mejores evaluaciones se encuentran en los dominios *aspectos sociales* ( $\bar{x}=86$ ; de=26,3) y *aspectos emocionales* ( $\bar{x}=79,4$ ; de=39,5), en cuanto los dominios percibidos como más comprometidos para los sujetos fueron *aspectos físicos* ( $\bar{x}=57,7$ ; de=47,6), *salud mental* ( $\bar{x}=62,9$ ; de=25,1) y *vitalidad* ( $\bar{x}=63$ ; de=27,2) (Tabla 1).

Tabla 1 - Estadística descriptiva y consistencia interna de los dominios del SF-36 (n=253). Ribeirao Preto, Brasil, 2006-2009

Dominios SF-36	Promedio (de)	Mediana (intervalo obtenido)	Alfa de Cronbach*
Aspectos sociales	86,0 (26,3)	100 (0-100)	0,90
Aspectos emocionales	79,4 (39,5)	100 (0-100)	0,97
Dolor	71,1 (30,5)	72 (0-100)	0,91
Capacidad funcional	70,8 (32,2)	85 (0-100)	0,94
Estado general de salud	67,8 (20,0)	72 (5-100)	0,71
Vitalidad	63,0 (27,2)	70 (0-100)	0,83
Salud mental	62,9 (25,1)	68 (0-100)	0,88
Aspectos físicos	57,7 (47,6)	100 (0-100)	0,97

de=desviación estándar

\*Conforme fórmula estandarizada

Al considerar el uso de psicofármacos y la evaluación de la CVRS, se constató mejores evaluaciones en los promedios de los ocho dominios del SF-36 entre los participantes sin uso de esos medicamentos (promedios variando de 59 en el dominio *aspectos físicos* a 87 en el dominio *aspectos sociales*). En el grupo de sujetos que recibieron psicofármacos, el dominio más comprometido también fue *aspectos físicos* ( $\bar{x}=53,6$ ) y el menos comprometido fue *aspectos sociales* ( $\bar{x}=82,2$ ). Entretanto, la diferencia entre los grupos se mostró estadísticamente significativa apenas para los dominios

*aspectos emocionales* ( $p=0,034$ ), *salud mental* ( $p=0,004$ ) y *vitalidad* ( $p=0,032$ ).

Al analizar la presencia de posibles diferencias en la CVRS, según la presencia de tratamiento previo para alguna enfermedad cardiovascular, se constató que el grupo de participantes, sin tratamiento previo, presentó valores promedios más altos en todos los dominios del SF-36 (de 67,1 a 91,5) que aquellos con tratamiento previo (promedios variando de 47,7 a 81,6) y esas diferencias fueron todas estadísticamente significativas (Tabla 2).

Tabla 2 - Promedios de los dominios del SF-36, según la presencia de tratamiento previo para otras enfermedades cardiovasculares y los valores de probabilidad (p), asociados al test t de Student, para muestras independientes. Ribeirao Preto, Brasil, 2006–2009

Dominios SF-36	Con tratamiento previo (n=141)	Sin tratamiento previo (n=112)	p
	Promedio (de)	Promedio (de)	
Aspectos sociales	81,6 (29,7)	91,5 (20,3)	0,002*
Aspectos emocionales	74,2 (42,8)	86,0 (33,9)	0,015*
Dolor	66,7 (31,4)	76,6 (28,4)	0,009*
Estado general de salud	64,4 (20,2)	72,1 (19,0)	0,002*
Capacidad funcional	62,2 (33,2)	81,8 (27,2)	<0,001†
Salud mental	59,7 (26,3)	67,1 (23,1)	0,018*
Vitalidad	57,8 (28,3)	69,6 (24,3)	<0,001†
Aspectos físicos	47,7 (48,9)	7,03 (42,9)	<0,001†

\*0.01<p<0.05; †p<0.01: estadísticamente significativa

Los resultados sobre la CVRS de los sujetos, según el sexo, evidenciaron que los hombres presentaron mayores valores promedios (89,3 a 65,1) que las mujeres (78,7

a 41,0), en todos los dominios, siendo esas diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3).

Tabla 3 - Promedios de los dominios del SF-36, según el sexo y los valores de probabilidad (p), asociados al test t de Student, para muestras independientes. Ribeirao Preto, Brasil, 2006–2009

MOS SF-36 subescalas	Hombre (n=175) Promedio (de)	Mujer (n=78) Promedio (de)	p
Aspectos sociales	89,3 (23,1)	78,7 (31,5)	0,009*
Aspectos emocionales	88,2 (30,9)	59,8 (48,7)	<0,001†
Capacidad funcional	78,0 (27,7)	54,8 (35,8)	<0,001†
Dolor	75,6 (28,7)	61,1 (32,1)	<0,001†
Estado general de salud	70,3 (18,4)	62,2 (22,3)	0,006*
Salud mental	68,9 (21,5)	46,5 (27,4)	<0,001†
Vitalidad	68,8 (23,8)	50,0 (29,8)	<0,001†
Aspectos físicos	65,1 (4,8)	41,0 (47,6)	<0,001†

\*0.01<p<0.05; †p<0.01: estadísticamente significativa

## Discusión

La caracterización de los participantes del estudio en cuanto a la edad se asemeja a otros estudios con personas con EAC<sup>(10,13-16,22)</sup>. En cuanto al sexo de los participantes, hubo mayor número de hombres, lo que también fue constatado en otros estudios que abordaron individuos con coronariopatías y CVRS<sup>(10,12-17,22-23)</sup>.

En relación a la evaluación que los sujetos hicieron de la CVRS, en las cuatro semanas que antecedieron a la

internación, en consecuencia del primer SCA, fue constatado peor evaluación en el dominio *aspectos físicos* del SF-36, con promedio general de 57,7. Ese dominio evalúa cuanto la presencia de los problemas (físicos) de salud interfiere en la realización de las actividades del día a día y del trabajo. Cuando fue analizado el dominio según las variables: tratamiento para otra enfermedad cardiovascular, uso de psicofármacos en la internación y sexo se verificó que el mayor comprometimiento ocurrió entre aquellos sujetos que ya hacían tratamiento ( $\bar{x}=47,7$ ), que recibieron

medicaciones psicotrópicas en la internación ( $\bar{x} = 53,6$ ) y del sexo femenino ( $\bar{x} = 41,0$ ). Ese comprometimiento también fue observado en otros sujetos internados con diagnóstico de EAC, sin embargo, los valores promedios presentados fueron mayores que los de este estudio<sup>(13-14)</sup>. Sin embargo, en otro estudio, realizado en Brasil, en coronariopatías, el valor promedio presentado por el grupo femenino fue de 19<sup>(16)</sup>, bien menor que el valor promedio obtenido entre los participantes de esta investigación.

La mejor evaluación de la CVRS entre los participantes fue para el dominio *aspectos sociales*, con promedio de 86,0. Ese dominio investiga la presencia de problemas de salud (físicos o emocionales) que impiden la realización de actividades sociales de los individuos. Los participantes de este estudio son predominantemente individuos con bajo poder adquisitivo, como la gran mayoría de las personas atendidas en hospitales públicos en Brasil. Debido a los pocos programas sociales y de recreación, las actividades sociales de esos sujetos comúnmente se restringen a visitas a los familiares e idas a la iglesia, siendo que tales actividades sociales no exigen mucho esfuerzo físico de los participantes.

La comparación de los resultados obtenidos en este estudio con los de otras investigaciones se encuentra restringida a un pequeño número de publicaciones que también evaluaron los sujetos con EAC, durante la internación<sup>(13-14)</sup>. Entretanto, si se analiza los dominios con mejores evaluaciones, antes de la primera internación en consecuencia del SCA, con los resultados obtenidos en las evaluaciones de personas con coronariopatías, seguidos hasta un año después del alta hospitalaria, se percibe que el dominio *aspectos sociales* se mantiene como el más bien evaluado<sup>(9,14,16,24)</sup>.

La peor evaluación de la CVRS fue para el dominio *aspectos físicos*, lo que ya era esperado en consecuencia de las limitaciones impuestas por la manifestación de la EAC a los sujetos. Hasta un año después del alta, ese dominio continúa siendo el peor evaluado en otros grupos con coronariopatías<sup>(12,16,24)</sup>, a pesar de que otros dominios también continúen comprometidos, como *vitalidad*<sup>(9)</sup> y *estado general de salud*<sup>(14)</sup>.

La expectativa, de la autora de este estudio, era que los individuos que ya hacían tratamiento, para alguna otra enfermedad cardiovascular, podrían presentar percepción de la CVRS diferente de aquellos participantes que nunca hicieron tratamiento - entonces, se decidió comparar los dos grupos. Los resultados demostraron que los participantes con tratamiento previo presentaron menores puntajes en los ocho dominios del SF-36 un mes antes de ser acometidos por el primer SCA. Cuando la CVRS fue evaluada según esa variable, se verificó que los mayores

promedios se encontraban en los dominios *aspectos sociales* y *aspectos emocionales* para ambos grupos. Sin embargo, los promedios fueron mayores para los sujetos del grupo sin tratamiento previo para enfermedad cardiovascular. Resultado semejante fue observado en otro estudio, con valores promedios menores para los sujetos con enfermedades cardiovasculares previas<sup>(13)</sup>.

Con relación a la existencia de posibles diferencias en la CVRS de individuos con EAC, de acuerdo con el sexo, se constató que las mujeres internadas, debido al primer SCA, presentaron menores valores en todos los dominios del SF-36, cuando comparadas a los valores obtenidos por los hombres, siendo todas las diferencias estadísticamente significativas. En general, ese resultado es corroborado por la literatura encontrada en estudios realizados en otros países<sup>(10,12-14,22)</sup> y también en Brasil<sup>(15-17)</sup>. Esa peor CVRS, entre mujeres con EAC, se mantuvo en las evaluaciones después del alta hospitalaria, independientemente del tratamiento al cual fueron sometidas<sup>(16,22)</sup>. Esos resultados sugieren que las mujeres constituyen un grupo vulnerable, con más limitaciones físicas, mayor comprometimiento del estado emocional, más sufrimientos y angustias, y que, en general, presentan mayores limitaciones físicas cuando comparadas a los hombres<sup>(25)</sup>.

El tiempo de referencia de las cuestiones del SF-36 se refiere a las últimas cuatro semanas de la vida del individuo y, por eso, fue escogido para este estudio. Entretanto, la evaluación de la CVRS, en ese período, puede no capturar la real variabilidad de las condiciones de salud experimentada por el individuo con coronariopatías, en ese espacio de tiempo<sup>(18,26)</sup>.

### Implicaciones para la práctica clínica

En Brasil, hasta el momento, no fue encontrada otra investigación con el mismo objetivo de evaluar la CVRS de sujetos que experimentaron, por primera vez, el SCA, enfocando el mes que antecedió el evento. La mayoría de los estudios, nacionales e internacionales, han abordado a los sujetos con coronariopatías después del alta hospitalaria, en tratamiento de ambulatorio, en las repetidas internaciones y hasta en el momento de la rehabilitación.

Como una de las limitaciones del estudio, se destaca la imposibilidad de realizar la comparación de los resultados obtenidos con la población general de Brasil, debido a la falta de estudios que utilizaron el SF-36 en la población general. Otra limitación del estudio es que los participantes representaron apenas una parcela de los sujetos atendidos en instituciones públicas de salud, no investigando personas con mayor nivel socioeconómico, atendidas en clínicas y hospitales privados.

En el presente estudio fue utilizado un cuestionario genérico de CVRS. Nuevas investigaciones utilizando cuestionarios específicos para ese grupo de individuos como, por ejemplo, *Seattle Angina Questionnaire* y *MacNew Questionnaire*, son necesarias y auxiliaran en la elaboración de un nuevo protocolo de asistencia de salud para coronariopatías, objetivando el mejor atendimento, recuperación y rehabilitación de los mismos.

Delante de lo expuesto, es necesario reevaluar el modelo de asistencia prestado a los sujetos internados en las unidades coronarias y enfermerías de cardiología con el diagnóstico de primer SCA, principalmente en lo que se refiere al sexo, ya que el presente estudio demostró que las mujeres dan entrada en los servicios de salud con mayor comprometimiento en diversos dominios de sus vidas, cuando comparadas a los hombres. Delante de esas informaciones, el equipo multidisciplinar puede elaborar planos de cuidados que objetiven minimizar el comprometimiento físico y emocional de esas mujeres, auxiliando también en la rehabilitación, ya que que varios estudios longitudinales mostraron que, con el pasar del tiempo, las mujeres empeoraron todavía más su percepción de la CVRS, o sea, el comprometimiento tanto en el aspecto físico cuanto en el psicológico aumenta a lo largo de los años.

## Conclusiones

Fueron encontradas asociaciones entre la CVRS evaluada por los ocho dominios del SF-36 y tratamiento previo para otras enfermedades cardiovasculares, así como CVRS y sexo. Los pacientes internados en consecuencia del primer episodio de la SAC ya presentaban comprometimiento físico y emocional, en algunos dominios de la vida. Las mujeres, así como los participantes que ya hacían tratamiento previo para otras enfermedades cardiovasculares, presentaron peores evaluaciones de la CVRS.

Los resultados de este estudio enfatizan la necesidad de contar con un plano de cuidados individualizado para los pacientes con EAC, considerando la experiencia de la enfermedad, así como el sexo del paciente. Un equipo multidisciplinar, compuesto por psicólogos, terapeutas ocupacionales y enfermeros, por ejemplo, podría desarrollar grupos de apoyo a esos pacientes. El enfoque de esos grupos sería en la persona como un todo, y no apenas enfocando la rehabilitación física y clínica.

Otras investigaciones longitudinales podrían mostrar si esas diferencias permanecen a lo largo del proceso de rehabilitación.

## Referencias

1. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics – 2008 Update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and stroke statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008;117:e25-e146.
2. Pan American Health Organization – World Health Organization. 47th Directing Council-58th session of the regional committee 2006. [acesso 04 dez 2009]. Disponível em: <http://search.bvsalud.org/regional/resources/paha311756>.
3. Indicadores e Dados Básicos - Brasil. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. [acesso 04 dez 2009]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>.
4. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of patients with Unstable Angina/Non-ST Elevation Myocardial Infarction: a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee of Revise the 2002 Guidelines for the Management of patients with Unstable Angina/Non-ST Elevation Myocardial Infarction) Developed in Collaboration with the American College of Emergency Physicians, The Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and The Society of Thoracic Surgeons Endorsed by The American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:e1-e157.
5. Torres MS, Calderón SM, Días IR, Chacón AB, Fernández FL, Martínez IF. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Qual Life Res*. 2004;13:1401-7.
6. Ford ES, Mokdad AH, Li C, McGuire LC, Strine TW, Okoro CA, et al. Gender differences in Coronary Heart Disease and Health Related Quality of Life: Findings from 10 States from the 2004 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Womens Health*. (Larchmt) 2008;17(5):757-68.
7. Maddox TM, Reid KJ, Rumsfeld JS, Spertus, JA. One-year health status outcomes of unstable angina versus myocardial infarction: a prospective, observational cohort study of ACS survivors. *BMC Cardiovasc Disord*. 2007;7:28.
8. Xie J, Wu EQ, Zheng ZJ, Sullivan PW, Zhan L, Labarthe DR. Patient Reported Health Status in Coronary Heart Disease in the United States: Age, Gender, Racial and Ethnic Differences. *Circulation*. 2008;118:491-7.
9. Kim J, Henderson RA, Pocock SJ, Clayton T, Sculpher MJ, Fox KA. Health-related quality of life after interventional

- or conservative strategy in patients with unstable angina or non-ST-segment elevation myocardial infarction: one-year results of the third Randomized Intervention Trial of unstable Angina (RITA-3). *J Am Coll Cardiol*. 2005;45(2):221-8.
10. Bergman E, Malm D, Karlsson JE, Bertero C. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart Lung*. 2009;38(2):129-40.
11. Norris CM, Hegadoren K, Pilote L. Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(2):92-8.
12. Brink E, Grankvist G, Karlson BW, Hallberg M. Health-related quality of life in women and men after acute myocardial infarction. *Qual Life Res*. 2005;14:749-57.
13. Soto M, Failde I, Márquez S, Benítez E, Ramos I, Barba A, et al. Physical and mental component summaries score on the SF-36 in coronary patients. *Qual Life Res*. 2005;14(3):759-68.
14. Failde II, Soto MM. Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Health*. 2006;6:18-28.
15. Gallani MCBJ, Colombo RCR, Alexandre NMC, Bressan-Biajone AM. Qualidade de vida em pacientes coronariopatas. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(1):40-3.
16. Favarato ME, Favarato D, Hueb WA, Aldrighi JM. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(4):236-41.
17. Favarato ME, Hueb W, Boden WE, Lopes N, Nogueira CRSR, Takiuti M, et al. Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: A comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial. *Int J Cardiol*. 2007;116:364-70.
18. Dantas RAS, Ciol MA. Quality of life after Coronary Artery Bypass Surgery. *West J Nurs Res*. 2008;30(4):477-90.
19. Vila VSC, Rossi LA. Quality of life from the perspective of revascularized patients during rehabilitation: an ethnographic study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. janeiro-fevereiro 2008;16(1):7-14.
20. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
21. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
22. Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK, et al. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosom Med*. 2004;66(2):190-7.
23. Dantas RAS, Gois CLF, Silva LM. Use of the adapted version of the Flanagan Quality of Life Scale with post-surgical cardiac patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. janeiro-fevereiro 2005;13(1):15-20.
24. Kiebzak GM, Pierson LM, Campbell M, Cook JW. Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*. 2002;31(3):207-13.
25. Van-Jaarsveld CH, Sanderman R, Ranchor AV, Ormel J, Van-Veldhuisen DJ, Kempen GI. Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: a prospective study. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(11):1105-12.
26. Lindsay GM, Hanlon P, Smith LN, Wheatley DJ. Assessment of changes in general health status using the short-form 36 questionnaire 1 year following coronary artery bypass grafting. *Euro J Cardio-thoracic Surg*. 2000;18:557-64.

Recibido: 18.2.2010

Aceptado: 16.7.2010

*Como citar este artículo:*

Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Calidad de vida relacionada a la salud de sujetos internados, como consecuencia del primer síndrome coronario agudo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sep.-oct. 2011 [acceso: /];19(5):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 día                      año  
 mes abreviado con punto

\_\_\_\_\_  
 URL