UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ARRITMIA VENTRICULAR UNA MEDICION CON EL ASTA, EN DOS MOMENTOS

JEFFERSON VANEGAS RUEDA

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2019

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ARRITMIA VENTRICULAR UNA MEDICION CON EL ASTA, EN DOS MOMENTOS.

JEFFERSON VANEGAS RUEDA

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular

Directora:

Renata Virginia González Consuegra
PhD. Salud Pública

Grupo de Investigación:

Cuidado para la Salud Cardiovascular

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2019

A Dios quien me dio la vida y la oportunidad de alcanzar esta meta.

A mis padres quienes siempre me han apoyado para seguir adelante y alcanzar mis sueños.

A mi esposa por su comprensión y afecto quien a pesar de horas de ausencia en momentos familiares, siempre me alentó para culminar este gran reto profesional.

A la profe Renata Virginia González Consuegra y a la Universidad Nacional de Colombia por darme la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos, los cuales me permitirán tener un mejor desempeño profesional y aportar de mejor manera a nuestra sociedad.

Agradecimientos

A Dios nuestro señor, por su guía en este camino, sin él no hubiera sido posible lograr este sueño.

A mi familia y en especial a mis padres, quienes desde pequeño sembraron en mi las ganas por superarme y luchar por mis metas. Con los principios y valores con los que me educaron, me han permitido ser mejor persona, cada día más.

A mi esposa, por su apoyo y comprensión durante el camino para la elaboración de este proyecto de tesis, donde se sacrificaron momentos en familia, para cumplir una meta y un sueño de ser magister.

A la profesora Renata Virginia González Consuegra, por su entrega y acompañamiento en la construcción de esta investigación y sobre todo por el conocimiento y la amistad que me brindó durante este proceso.

A la Universidad Nacional de Colombia y la Facultad de Enfermería, quienes abrieron un espacio para mí durante este tiempo, contribuyendo a mi crecimiento personal y profesional. Me hace sentir orgulloso poder decir que soy egresado de la Universidad Nacional de Colombia.

A la Fundación Cardiovascular de Colombia sede Floridablanca y al Instituto de Diagnóstico Médico, a los médicos electrofisiólogos Carlos Quiroz y Ana Lucía Carvajal por darme la oportunidad y el espacio de trabajar con sus pacientes y de esta manera generar conocimientos que contribuyan a un mejor cuidado al paciente con arritmias.

A los pacientes y familiares que participaron de este estudio, sin su colaboración y compromiso no hubiera sido posible dar culminación a este proyecto y generar aprendizajes para el cuidado de Enfermería.

Resumen

Objetivo: Establecer una comparación en las mediciones de calidad de vida relacionada con la salud y carga de los síntomas con el ASTA en pacientes con arritmia ventricular, antes y después de implante de cardiodesfibrilador. Método: observacional analítico, con diseño de serie de casos y de abordaje cuantitativo. Participaron 83 pacientes, con diagnóstico de arritmia ventricular de dos instituciones de la ciudad de Bucaramanga, con dos mediciones, antes y después de implante de cardiodesfibrilador. Instrumento: Arrhythmia-Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia (ASTA), versión validada al español. Análisis: se utilizó estadística descriptiva y para determinar el cambio en los puntajes de las mediciones iniciales y finales, se utilizó, la prueba pareada de T –Student. Resultados: los pacientes con arritmia ventricular que recibieron implante de cardiodesfibrilador, son en su mayoría hombres con una media de edad de 60,97 años, de estratos socioeconómicos bajos, ocupación hogar y labores agrícolas, el puntaje en la escala de calidad de vida inicial fue de 10.97 y de 9.52 para la medición final post-implante, con un valor de p: 0.001, para la comparación entre los dos puntajes, lo que muestra una diferencia estadísticamente significativa. Conclusión: la evaluación de la calidad de vida del paciente con arritmia ventricular medida por un instrumento especifico, muestra una afectación de la calidad de vida, con una leve mejoría en la medición a un mes posterior al implante del cardiodesfibrilador y visualiza la importancia de intervenciones de Enfermería en etapas tempranas del pre-implante en diferentes aspectos.

Palabras Clave: calidad de vida relacionada con la salud, arritmia ventricular, cardiodesfibrilador implantable (Fuente: MeSH).

Abstract

Objective: To establish a comparison in health-related quality of life measurements and symptoms burden with ASTA in patients with ventricular arrhythmia, before and after implantation of a cardio-defibrillator. Method: observational analytical, with case series design, with a quantitative approach. A total of 83 patients participated, with a diagnosis of ventricular arrhythmia from two institutions in the city of Bucaramanga, with two measurements, before and after implantation of a cardio-defibrillator. Instrument, Arrhythmia-Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia (ASTA), version validated in Spanish. Analysis: descriptive statistics were used and, to determine the change in the scores of the initial and final measurements, the paired test of T -Student was used. Results: patients with ventricular arrhythmia, and who received a cardio-defibrillator implant, are mostly men, with a mean age of 60.97 years, from low socioeconomic strata, household occupation and agricultural work, the score in the quality scale of initial life was of 10.97 and of 9.52 for the final measurement after implant, with a value of p: 0.001, for the comparison between the two scores, which shows a statistically significant difference. Conclusion: the evaluation of the quality of life of the patient with ventricular arrhythmia, measured by a specific instrument, shows an affectation of the quality of life, with a slight improvement in the measurement one month after the implantation of the cardio-defibrillator. And the importance of nursing interventions in the early stages of pre-implantation in different aspects is visualized.

Keywords: quality of life related to health, ventricular arrhythmia, implantable cardioverter-defibrillator.

Contenido

Pág.

Resumen..... VII

Lista de figuras.....XI

Lista de tablas..... XII

Introducción 1

1. MARCO DE REFERENCIA 3
   1.1 Área temática.....3
   1.2 Descripción del área problema.....3
   1.3 Definición del área problema 6
   1.4 Justificación.....6
   1.5 Objetivos 13
      1.5.1 Objetivo general.....13
      1.5.2 Objetivos específicos 13

2. Marco teórico 14
   2.1 Concepto de calidad de vida relacionada con la salud 14
   2.2 Instrumento: arrhythmia-specific questionnaire in tachycardia and arrhythmia (ASTA) .19
   2.3 Modelos conceptuales aplicados al concepto de CVRS y la escala ASTA. 22
      2.3.1 Modelo conceptual de calidad de vida relacionado con la salud de Wilson y Cleary.....24
      2.3.2 Teoría de los síntomas desagradables, Como aplicación al constructo calidad de vida relacionada con la salud. 26
   2.4 Marco ético.....28

3. Marco de diseño..... ¡Error! Marcador no definido.
   3.1 Tipo de diseño 31
   3.2 Sesgos.....31
   3.3 Población.....32
   3.4 Muestra 32
   3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....32
   3.6 Riesgos en la aplicación del instrumento.....33
   3.7 Calculo de tamaño de muestra 33
   3.8 Recolección de datos.....34
      3.8.1 Procesamiento de datos 35
      3.8.2 Análisis de los datos 35
   3.9 Medios de divulgación y financiación 35

4. Marco de análisis.....37
   4.1 Resultados.....37
   4.2 Características de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes que completaron el asta. 38
      4.2.1 Características sociodemográficas.....38
      4.2.2 Características clínicas.....40
   4.3 ASTA parte I.....42
   4.4 ASTA parte II síntomas específicos de la arritmia.....43

4.5 ASTA parte II carga de los síntomas (pre y pos implante) 44
4.6 ASTA parte III calidad de vida relacionada con la salud (pre y pos implante). 46
4.7 Carga de los síntomas y calidad de vida relacionada con la salud en la fase pos implante (1 mes posterior al implante de cardiodesfibrilador)..... 48
4.8 Comparacion en mediciones iniciales y finales para carga de los sintomas y calidad de vida relacionada con la salud. 50

5. Marco de Discusión 52
5.1 Variables sociodemográficas 52
5.2 Variables clínicas 55
5.3 Carga de los síntomas y calidad de vida relacionada con la salud 57
5.4 IMPORTANCIA DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ARRITMIAS 61

6. Conclusiones y recomendaciones 63
6.1 Conclusiones 63
6.2 Recomendaciones 65

A. Anexo: Aval comité de ética universidad nacional. 67

B. Anexo: Autorización de instituciones de salud para realizar investigación. 69

C. Anexo: ASTA versión en español. 71

Bibliografía 79

Lista de figuras

Pag

Figura 2-1: Valoración de componentes psicológico y social en la escala ASTA 23

Figura 2-2: Modelo de calidad de vida relacionada con la salud de Wilson y Cleary 28

Figura 2-3: Teoría de los Síntomas Desagradables y su conexión con la CVRS 31

Figura 3-1: Fórmula para cálculo de tamaño de muestra 38

Figura 4-1: Diagrama de flujo de participantes en el estudio 42

Figura 4-2: Diagrama de caja para carga de los síntomas/ medición post 54

Figura 4-3: Diagrama de caja para calidad de vida relacionada con la salud/ medición post 55

Figura 4-4: Diagrama de caja y bigotes para CVRS inicial y final 56

Figura 4-5: Diagrama de puntos para CVRS inicial y final 56

Lista de tablas

Pág.

Tabla 2-1: Instrumentos para evaluación de CVRS en personas con arritmia cardiaca 22

Tabla 3-1: Criterios de inclusión y exclusión del estudio 37

Tabla 4-1: Características sociodemográficas de los pacientes 44

Tabla 4-2: Características clínicas de los pacientes 46

Tabla 4-3: ASTA parte II síntomas específicos de la arritmia 48

Tabla 4-4: Carga de los síntomas pre y post-implante 49

Tabla 4-5: Calidad de vida relacionada con la salud pre y post-implante 51

Tabla 4-6: comparación valores iniciales y finales con prueba T-Student 55

Introducción

Las arritmias pueden causar un impacto profundamente negativo en la vida diaria de una persona, lo que lleva al deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La evaluación de la CVRS puede proporcionar información valiosa antes, durante y después de las intervenciones de salud para las arritmias (1).

El estudio de la calidad de vida en personas con arritmias cardiacas, es un acercamiento obligado para la comprensión del fenómeno, teniendo en cuenta que en las intervenciones del día a día en estos pacientes se busca mas el impacto desde el campo de lo físico y bajo un modelo biomédico, la determinación y evaluación de la CVRS representa un modelo incluyente para la percepción de las personas en su estado de salud, y que permite la obtención y análisis de datos con una mayor significancia desde el ámbito individual, social y familiar.

Las arritmias limitan las actividades de la vida diaria, conllevan a un deterioro de la calidad de vida y generan gran impacto social y económico. El tratamiento estándar es la terapia farmacológica y procedimientos de implante de dispositivos para el control del ritmo cardiaco o estudios electrofisiológicos con ablación cardiaca. Todos estos tratamientos generan un impacto en las personas al igual que la misma enfermedad, por eso se hace importante medir no solo las condiciones físicas, sino también las espirituales, emocionales y psicológicas (2) que nos permitan una mayor aproximación a la comprensión del constructo calidad de vida y de esta manera poder ofrecer mejores cuidados e intervenciones más centradas en las necesidades del paciente. Lo que lleva a un impacto social de mayor envergadura, con resultados y mejoras que responden a las necesidades de los pacientes.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Área temática

Enfermería Cardiovascular, CVRS en pacientes con arritmia ventricular.

1.2 Descripción del área problema

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en las Américas y en el mundo; son responsables del 31% de todas las muertes que se registran en América Latina y el Caribe y se estima que para el 2020 aumentará a más del 60% (3). La tasa de mortalidad en Colombia por cada 100 mil habitantes para ECV y diabetes es de 166,7 para mujeres y de 205,9 para hombres. Pese a la magnitud de las cifras, el país cuenta con una ventana de oportunidad de diez años para prevenir y controlar la aparición de nuevos casos (4).

Las ECV fueron la causa de muerte de 60.000 colombianos en 2011, por lo que uno de cada tres fallecimientos en el país tuvo ese origen durante ese año (5).

La muerte cardiaca súbita, representa una de las principales causas de muerte de origen cardiaco en el mundo y está se caracteriza por un colapso o paro cardiaco súbito, que en el mayor porcentaje es secundario a una arritmia cardiaca, en personas con o sin enfermedad cardiovascular; la sangre deja de fluir al cerebro y todo el organismo, esto puede causar la muerte si no es tratado dentro de los primeros minutos posteriores al paro cardiaco (6). Anualmente, la muerte cardiaca súbita es la responsable de cerca de 450.000 fallecimientos de estadounidenses (7). En Colombia Desde el punto de vista epidemiológico, es difícil precisar la verdadera incidencia de este tipo de muerte. Se conocen sus mecanismos y en algunos casos su frecuencia en la población vulnerable, pero no la magnitud en la población general (8).

A 2012 cerca de 350.000 colombianos padecen de algún tipo de arritmia cardiaca, una de las ECV que constituyen la principal causa de muerte en el mundo, según la organización mundial de la salud (OMS), representan 31 de cada 100 muertes en el planeta (5). La desfibrilación es la medida más efectiva como tratamiento de las arritmias ventriculares letales, esta terapia, aumenta la tasa de supervivencia del

paciente en hasta un 90% cuando se realiza dentro de los 5 minutos de la aparición de los síntomas agudos (American Heart Association) (7). Los cardiodesfibriladores implantables (CDI) reducen la mortalidad en la muerte cardiaca súbita de forma efectiva, en comparación con la de los pacientes con tratamiento farmacológico (9) Pero algunos estudios indican que los CDI pueden disminuir la CVRS de los pacientes (10).

Los avances en el tratamiento de la enfermedad coronaria y la falla cardíaca han permitido que la expectativa de vida de estos pacientes se eleve y dé paso al aumento en la prevalencia de otras entidades de fase crónica, en especial de las arritmias cardíacas, como es el caso particular de la fibrilación auricular y de las arritmias ventriculares malignas. Bajo ese contexto epidemiológico no es difícil prever que el impacto de los trastornos del ritmo cardíaco (tanto bradi como taquiarritmias), en términos de morbilidad, calidad de vida y mortalidad es enorme, tanto en desenlaces clínicos como en lo concerniente al consumo de recursos del sistema de salud. De hecho, buena parte de las denominadas intervenciones de "alto costo" en cardiología, tienen que ver con la especialidad de electrofisiología (11).

Schwartzmann (12) señala que el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación del equipo de salud-paciente, ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional, la calidad que fuese el soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

Con el avance de la tecnología, se ha buscado dar una mayor esperanza de vida a estos pacientes con soluciones más paliativas que curativas, el uso de dispositivos médicos y nuevos fármacos han revolucionado los tratamientos en los pacientes con arritmias, pero que en últimas solo tratan el aspecto netamente orgánico y/o físico, la carga emocional y espiritual de los síntomas representan gran impactó en la vida de estas personas y la de sus familias, se hace necesario entonces conocer y analizar las experiencias y percepciones de los individuos que atraviesan y se aquejan de una enfermedad cardiaca como las arritmias.

Según la definición de la OMS, la salud es un estado de bienestar completo, tanto físico como mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad. La enfermedad y el ingreso hospitalario provocan un deterioro en la calidad de vida de los pacientes, especialmente con enfermedades cardíacas (13).

Con lo anterior mencionado, el término de calidad de vida cobra importancia, en la evaluación de resultados en salud. La evidencia sugiere que su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado (14).

Con la evolución del concepto de calidad de vida, se incorpora un nuevo campo y término que trae consigo la mirada de la calidad de vida pero desde la salud, desde 1982 cuando Kaplan y Bush hablan por primera vez de CVRS, esta ha tenido un desarrollo importante tanto desde la academia como desde la disciplina. Diferentes áreas del saber en el estudio de la salud, como la medicina, la psicología, la Enfermería, se han interesado por el desarrollo de la CVRS (15). Este interés se ha visto reflejado en el crecimiento de las investigaciones que vinculan este constructo a sus temas de estudios. Del mismo modo con el diseño y validación de escalas de evaluación de calidad de vida relacionadas con la salud con mayor especificidad y sensibilidad (16).

Los estudios centrados en CVRS han sido enfocados en su gran mayoría en enfermedades crónicas por ser ellas las que generan mayor discapacidad, limitación e impacto en la calidad de vida de quienes las padecen, a la vez que han surgido como respuesta a la necesidad de hacer frente al actual perfil epidemiológico mundial, en el que las enfermedades crónicas se identifican como las primeras causas de morbimortalidad (16).

El análisis del constructo calidad de vida en Colombia ha tenido un desarrollado importante (16), y en mayor proporción desde la mirada del paciente oncológico, Vinaccia (16) plantea una revisión donde se mencionan algunos trabajos desarrollados alrededor del constructo de calidad de vida en Colombia, y que ha representado un incentivo y un avance importante en la comprensión de este fenómeno desde las diferentes patologías, con la validación y aplicación de instrumentos específicos de CVRS. es así, como Actualmente se cuenta con la confiabilidad del cuestionario de Salud MOS SF-36 (92), desarrollado en la ciudad de Medellín con pacientes de dolor musculo-esquelético, depresión mayor, diabetes mellitus tipo II y personas sanas, al igual que con la evaluación del cuestionario de calidad de vida en asma AQLQ (93), así también con la evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá (94), estos como algunos ejemplos del avance en el estudio de la CVRS en Colombia.

Diversos estudios resaltan la importancia de la evaluación de la CVRS y/o factores psicosociales, y la relación que esta puede tener con la recurrencia de los síntomas en pacientes con arritmias (17) demostró que la alteración del estado de ánimo y una evaluación negativa en la calidad de vida fue un alto predictor de eventos de arritmias recurrentes a los 3 y 6 meses posteriores al implante de una cardiodesfibrilador después de controlar factores fisiológicos.

1.3 Definición del área problema

¿Cómo es la Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con arritmia ventricular, medida con el Arrhythmia-Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia (ASTA) antes y después de implante de cardiodesfibrilador implantable (CDI)?

1.4 Justificación

La medición de CVRS es importante, porque permite darle la oportunidad a la población de expresar sus preferencias y poder así, conocer acerca de otros aspectos relacionados con la salud. Ortiz (18) señala, que la medición de CVRS, es una eficaz manera de evaluar los servicios sanitarios y optimizar recursos, al tiempo que ofrece al paciente la oportunidad de reforzar su papel en la relación médico-paciente, aportando sus percepciones. Para Enfermería es importante la evaluación de la calidad de vida ya que los resultados informados por los pacientes permiten generar conocimiento sobre los efectos del tratamiento y las percepciones de los pacientes que no son adecuadamente capturados por los criterios objetivos y los resultados de las evaluaciones clínicas. Los pacientes son la mejor fuente para evaluar su propia CVRS o la salud y el bienestar percibido. Los administradores de salud en países desarrollados utilizan la medición de la calidad de vida como herramienta de screening, o tamizaje, para identificar necesidades en el área de la salud de la población (19). Así como también para explorar las necesidades de los pacientes vistos en la práctica diaria.

Actualmente el CDI es el tratamiento de elección en pacientes con arritmias ventriculares malignas, el impacto de este dispositivo, en el escenario de las arritmias, que provocan muerte cardiaca súbita (MCS), unido a los múltiples tratamientos que se ofrecen a estos pacientes, tiene un doble interés, ya que además de representar una terapéutica eficaz para esta patología, también produce modificaciones importantes en la utilización de los servicios de salud, como por ejemplo, mayor gasto en salud (20) lo que nos permite decir, que la mejoría en el bienestar de las personas con arritmia, al igual que las que son portadoras de un CDI, interesa no solo a los profesionales de la salud, sino también se trata de un tema de interés a nivel social y económico.

Las experiencias y preocupaciones de las personas que tienen dispositivos cardiacos implantables, en especial cardiodesfibriladores, son diversas en términos de aspectos psicosociales (preocupación de volver a la normalidad, cambios en el humor, imagen corporal), desarrollo de roles (maternidad, crianza de hijos), físicos (recuperación de la actividad) y económicos (seguridad financiera) (21). Todos estos

factores sin lugar a duda influyen y afectan la CVRS de estas personas al igual que la misma arritmia cardiaca.

El concepto de CVRS, llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida (14). El hecho de reconocer y analizar la influencia de aspectos psicosociales en la salud de las personas abre una nueva perspectiva en la atención de las enfermedades y el alcance social que estas pueden tener. Identificar aspectos diferentes a los físicos, y tomar en valor, la apreciación de las personas en cuan limitados, espiritual, social y emocionalmente se sienten por la carga de enfermedad, como al igual en sus tratamientos; es un factor incluyente y de mejoramiento que no solo tiene un alcance clínico, sino también un alcance social y político, que puede orientar en el desarrollo de nuevas guías y manejos en los pacientes, con un mayor impacto en la salud y el bienestar de la sociedad.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona (23). Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos (24). Lo cual se traduce en conocimiento aplicado al mejoramiento del bienestar de las personas con el consecuente impacto social que esto generaría.

Los cambios en la estructura social y económica ocurridos durante los últimos 100 años han tenido un efecto fundamental en la salud de la población, modificando sustancialmente el perfil epidemiológico y las condiciones de la salud y enfermedad, Las personas tienen una mayor esperanza de vida, y las enfermedades crónicas y degenerativas presentan una mayor prevalencia lo que trae consigo un significativo impacto en su calidad de vida (25).

La aparición de este concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica se inicia alrededor de la década de los años 60, cuando la atención de salud es influenciada por los cambios sociales y nuevos modelos epidemiológicos de salud enfermedad (25). En este nuevo escenario se resta importancia a la cantidad (morbilidad, mortalidad), para favorecer la calidad de vida humana: aliviar síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía, etc., paradigma que cambia el concepto de cuidados de salud y en donde se empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos en función del bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social (26). El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que

afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional (27). Del anterior planteamiento, deriva la importancia de medir la CVRS en los pacientes.

La evaluación de la calidad de vida se ha considerado un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas públicas, para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos (14).

Desde el escenario disciplinar, es importante mencionar que Enfermería poco a poco ha ganado un espacio y reconocimiento en el cuidado de pacientes, que padecen arritmias cardiacas. De hecho, la Sociedad Española de Cardiología (2001) reconoce la necesidad de conformar un grupo multidisciplinario para atender los servicios de electrofisiología, donde por supuesto, las enfermeras deben tomar participación.

El área de electrofisiología es relativamente nueva, por lo tanto, la incursión de Enfermería en esta área y su desarrollo también lo es. Un ejemplo del avance que se ha logrado al respecto se evidencia con el grupo de trabajo de Enfermería en Electrofisiología y Estimulación Cardiaca perteneciente a la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, el cual surge en 1988 y se ha preocupado por la promoción, coordinación y supervisión de los estudios dentro del ámbito de la Enfermería en electrofisiología y estimulación cardiaca (28).

Autores como Rassin (65), plantean la necesidad e importancia de enfocar el trabajo de Enfermería en esta población, desde roles educativos basados en las necesidades del paciente. Las enfermeras cardiovasculares contribuyen significativamente a los resultados en salud de los pacientes y con frecuencia asumen la responsabilidad de los procesos clínicos y organizativos para garantizar resultados positivos para los pacientes y sus familias (17). En las poblaciones con trastornos del ritmo ventricular, las enfermeras han proporcionado evidencia, de prácticas que influyen en los resultados y han estudiado la evolución de los pacientes relacionados con la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida, el funcionamiento psicológico y físico, los síntomas y las respuestas de la familia (17).

Las arritmias pueden causar un impacto profundamente negativo en la vida diaria de una persona, lo que lleva al deterioro de la CVRS. La evaluación de la CVRS puede proporcionar información valiosa antes, durante y después de las intervenciones de salud para las arritmias (1). Información que de ser utilizada en el campo de la práctica de Enfermería cardiovascular, puede contribuir al diseño y ejecución de estrategias y planes de cuidado que pueden mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con arritmias.

La razón de ser de la Enfermería es la práctica profesional, e idealmente, todo conocimiento de Enfermería debe tender a solucionar los problemas de la práctica. Por esta razón, la misión de la investigación que genera o produce nuevo conocimiento, es aportar al desarrollo en el campo del cuidado de Enfermería. La investigación que genera datos relacionados con hechos aislados no es de mayor utilidad, la investigación que genera datos para otras disciplinas no es investigación de Enfermería. Los productos de la indagación se deben poder ligar a la base del conocimiento de la Enfermería e incorporarse al desarrollo y formación de teorías propias de la disciplina, las teorías, a su vez, explican el significado de los resultados de la investigación y, asimismo, estos deben probarse, para que refuercen su utilidad para la solución de los problemas de la práctica (29).

Teóricamente, la descripción de la CVRS engloba una serie de aspectos o de variables que se relacionan con la evaluación y la percepción de un individuo sobre su estado de salud, esto aplicado a la relevancia disciplinaria hace alusión a una relación del fenómeno con un planteamiento teórico de Enfermería, en el caso particular de la calidad de vida, el poder articular este fenómeno con la teoría permite una mayor proposición disciplinaria.

Actualmente, la disciplina de Enfermería reconoce la necesidad de aplicar y desarrollar en su práctica, teorías y modelos científicamente fundamentados que marquen conductas y acciones influyentes de manera general hacia conductas o estilos saludables (60). Los factores asociados con la disminución de la calidad de vida incluyen la ocurrencia de choques de desfibrilador y la disminución en áreas de la calidad de vida como lo son la función física y psicológica (61).

FENÓMENO Y SU RELEVANCIA PARA ENFERMERIA

El centro de prensa de la OMS (30), habla de cómo las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los (ACV). Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios. De los 16 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV. La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

Las arritmias cardiacas, forman parte dentro de este gran grupo de ECV, estas limitan la actividad diaria de las personas, conllevan a un deterioro de la calidad de vida y genera gran impacto social y económico

(31). El tratamiento estándar es la terapia farmacológica y procedimientos de implante de dispositivos para el control del ritmo cardiaco o estudios electrofisiológicos con ablación cardiaca. Todos estos tratamientos generan un impacto en las personas al igual que la misma enfermedad, por eso se hace importante medir no solo las condiciones físicas, sino también las emocionales y psicologías, que nos permita una mayor aproximación a la comprensión del fenómeno y de esta manera poder ofrecer mejores cuidados e intervenciones más centradas en las necesidades del paciente. Lo más cercano a este concepto es la calidad de vida.

Schwartzmann (32), define la calidad CVRS como la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).

Los estudios centrados en CVRS han sido enfocados en su gran mayoría en enfermedades crónicas por ser ellas las que generan mayor discapacidad, limitación e impacto en la calidad de vida de quienes las padecen, a la vez que han surgido como respuesta a la necesidad de hacer frente al actual perfil epidemiológico mundial, en el que las enfermedades crónicas se identifican como las primeras causas de morbimortalidad (19).

Friedmann (61), realiza un primer acercamiento al fenómeno, Informando de una disminución en la calidad de vida de los pacientes con arritmias a través del tiempo, con impacto sobre los dominios psicológicos, sociales y espirituales que son los que reflejan los mayores descensos.

Las arritmias cardiacas ocasionan en los individuos, importantes alteraciones en la CVRS, estas afectan diversas dimensiones: la capacidad funcional, la función social y el funcionamiento psicológico, todo ello ocasionado principalmente por las limitaciones que surgen a consecuencia de los síntomas (31).

la arritmia cardiaca ventricular al igual que otros tipos de arritmia, afectan la vida diaria de los individuos, partiendo de un marcado numero de síntomas que impiden un desarrollo normal de las actividades que ejecutan las personas en su día a día, síntomas como palpitaciones, fatiga, dolor en el pecho, perdida de sueño entre otros (30). los pacientes enfrentan disminuciones significativas en el estado funcional, múltiples hospitalizaciones, alta mortalidad, síntomas psicológicos, falta de un soporte social y económico, aislamiento social, temor ante la muerte, perdida de estabilidad familiar (97) estas situaciones enfrentan al paciente a una alteración en la percepción del estado de salud auto

percibido, que se manifiesta en términos mas objetivos como una afectación en la CVRS del individuo y de su familia en muchos casos.

Investigadores han descrito la calidad de vida basal en pacientes con FA como sustancialmente inferior a la de los pacientes con insuficiencia u otras condiciones cardíacas, en especial la calidad de vida relacionada con la función física, vitalidad, función emocional y social de forma similar (33).

Múltiples autores han mostrado en los resultados de sus investigaciones, el impacto negativo en el estado emocional de las personas, una vez el paciente, se ha diagnosticado con una arritmia cardiaca, lo que genera un impacto negativo sobre la CVRS; Akintade (62) hace una descripción de cómo la depresión y los síntomas de ansiedad, surgen como indicadores claros de mala CVRS en pacientes fibrilación auricular y/o flutter auricular.

Dunbar (2), señala cómo los pacientes con arritmias ventriculares presentan mayor riesgo para niveles elevados de depresión, ansiedad y mala adaptación. Lo que se ve influenciado por una edad más joven, un menor apoyo social y falta de recursos económicos. El tratamiento intervencionista para estos pacientes, indica el implante de un cardiodesfibrilador, situación que del mismo modo puede afectar la CVRS, principalmente desde el rol psicológico y físico (34). Otra situación que genera un impacto negativo en la CVRS es el temor sobre la enfermedad; es así como Mc Cabe (35) observó que el miedo y la ansiedad anticipatoria sobre episodios de FA desarrollan comportamientos que interfieren con las actividades de la vida diaria y las actividades recreativas. Lane (63) demostró como en pacientes con FA, las personas presentaron un elevado temor frente a las sensaciones del corazón y los síntomas de la enfermedad lo que generó en ellos altos niveles de ansiedad y depresión.

En la evidencia científica se muestra como también, el impacto de las arritmias en la calidad de vida de los pacientes, afecta de igual manera a las parejas de estas personas, es el caso del estudio realizado por Jenkins (64) donde se muestran disminuciones en la calidad de vida de las parejas, en rango muy similares a la de los pacientes solo con diferencias en las mediciones del rol físico, La calidad de vida se asoció negativamente con la carga (número) de condiciones cardíacas recurrentes.

El conocer el estado y los valores de calidad de vida en pacientes con arritmias es de gran relevancia en la evaluación subjetiva de los pacientes, lo que permite enfocar y crear nuevas herramientas para la intervención de Enfermería de este constructo, en un estudio realizado por Hendriks (36), donde compararon dos grupos de pacientes con fibrilación auricular , uno dirigido por atención de enfermeras y otro con la atención médica habitual, encontraron que los pacientes en la atención dirigida por enfermeras tenían mejores puntuaciones de calidad de vida Después de 1 año, representado en una

mejora significativa en las sub escalas de RE (rol emocional) (p = 0,004), MH(salud mental) (p = 0,001), y VT (vitalidad) (p = 0,008).

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada (14).

Con el marcado impacto de las ECV en el mundo y con gran importancia en los pacientes con arritmias, y el desarrollo de todas las nuevas tecnologías médicas para el tratamiento de la patología cardiovascular y sus complicaciones, han surgido nuevas incógnitas, nuevos retos para los pacientes y el personal médico asistencial, que necesita de toda una preparación y análisis de las condiciones y las percepciones que tienen los pacientes en relación con la carga y el padecimiento de su enfermedad y cómo esta afecta a todo un sistema psicosocial que envuelve a estos individuos.

La CVRS es en la actualidad un constructo que ha cobrado gran importancia dentro de la atención en salud y cada día llama con mayor fuerza la atención de los profesionales de esta área científica, puesto que aporta tanto a la práctica como a la investigación, elementos para abordar de manera integral a las personas con una situación de salud específica, lo que redunda en la implementación de tratamientos que resultan más integrales y efectivos (19).

La medición de la calidad de vida presenta retos metodológicos que se han venido resolviendo y que han permitido desarrollar instrumentos aplicables a diversas enfermedades y poblaciones. Los problemas metodológicos que enfrenta la medición de calidad de vida son dos; primero, que se trata de medidas consideradas “blandas” con una carga variable de subjetividad, que requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables, y segundo, que no hay un valor de referencia estándar de oro contra el cual se pueda comparar (37).

En la CVRS de los pacientes con arritmia ventricular, hay una clara inclinación de la literatura, donde se habla de una afectación en la percepción de los pacientes sobre su propio bienestar físico, social y psicológico. Esto en gran parte debido a la carga de los síntomas que tienen que afrontar los pacientes que cursan con una arritmia cardiaca (31). El CDI constituye actualmente una de las principales opciones terapéuticas en los pacientes que han presentado arritmias ventriculares malignas o muerte súbita cardiaca. (38). En la literatura podemos distinguir diferentes resultados, en relación con la influencia y/o impacto que el cardiodesfibrilador implantable puede generar en la CVRS de las personas, es el caso de como Camarero y Cols (20). Realizaron un estudio transversal descriptivo a 157 pacientes, aplicando el cuestionario EuroQol-5D (EQ5D), en versión validada para la población española, que describe el estado de salud en cinco dimensiones, mostrando que la gran mayoría de

pacientes portadores de CDI ganan calidad de vida tras el implante, la cual se ve más limitada en los más jóvenes y en los que han recibido descargas. Sin embargo autores como Fung Wong (34) describen como el implante de un CDI trae consigo una afectación extra al igual que la misma arritmia, sobre la CVRS.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Establecer una comparación en las mediciones de calidad de vida relacionada con la salud y carga de los síntomas con el ASTA en pacientes con arritmia ventricular, antes y después de implante de cardiodesfibrilador.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir características sociodemográficas del grupo de personas con arritmias cardiacas ventriculares.
- Describir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con arritmia ventricular antes de recibir un implante de cardiodesfibrilador.
- Describir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con arritmia ventricular después de recibir un implante de cardiodesfibrilador.
- Establecer una comparación en las mediciones de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con arritmia ventricular antes y después del implante de cardiodesfibrilador.

2. MARCO TEÓRICO

Dentro de la revisión del marco teórico, se pretende revisar tres temáticas, que sirven de base para entender el concepto de CVRS y la aplicación de un instrumento especifico de medición como lo es el ASTA en pacientes con arritmia ventricular.

2.1 Concepto de calidad de vida relacionada con la salud

El concepto de calidad de vida se comenzó a utilizar desde la década de los años 60, en diversos ámbitos como son: la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Tradicionalmente, existen dos enfoques relacionados con la calidad de vida: un enfoque objetivo que se refiere al estudio de indicadores sociales externos, objetivos como los niveles de vida, educación, ambiente y seguridad, y un enfoque subjetivo, que se orienta a las percepciones y evaluaciones de las experiencias de vida de las personas, en donde se tiene en cuenta el bienestar físico, material, desarrollo personal, tiempo libre y relaciones interpersonales (38).

El fenómeno de calidad de vida en la actualidad goza de gran interés en las áreas del conocimiento, de diferentes disciplinas. El interés radica principalmente a que en un solo concepto como calidad de vida se tiene la capacidad de evaluar la integralidad del individuo desde diferentes enfoques, este es un tema con gran auge en el mundo moderno, cuando se habla de recuperar la identidad de los individuos pérdida o transformada por la tecnología y/o avances tecnológicos. El tema de este proyecto de investigación se centra en la CVRS, un aparte del concepto general de calidad de vida pero que incorpora herramientas en la evaluación integral de personas con una situación de salud específica.

La incidencia de ECV en el país ha aumentado un 8,2% en mujeres y un 13,2% en hombres, durante el periodo 2010 a 2014, esto muestra que es un problema de salud pública creciente en el país y si bien la mortalidad ha disminuido 0,02% en mujeres y 0,01% en hombres, el aumento en la ocurrencia

demanda un aumento en la disponibilidad de centros médicos con personal e insumos idóneos para su atención (39).

Según datos de la organización mundial de la salud, a 2015 cerca de 350.000 colombianos padecen de algún tipo de arritmia cardiaca, una de las ECV que constituyen la principal causa de muerte, según la OMS representan 31 de cada 100 muertes en el planeta.

El concepto de CVRS, llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida (40).

Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general (CV). Frecuentemente la CVRS, es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades (41).

Es así como los primeros pasos para acercarse a la consolidación del constructo CVRS se avanzó, cuando investigadores clínicos interesados en complementar las medidas de resultado tradicionales, agregaban a los instrumentos utilizados variables que reflejaran las percepciones de los pacientes sobre su estado de salud y los tratamientos que recibían (42).

Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la CVRS ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar (12).

El desarrollo del estudio de la calidad de vida y de la CVRS correspondió a la necesidad de generar, más y mejores indicadores clínicos (43). Esta necesidad se ha asociado con causas primarias derivadas de cambios ocurridos en los sujetos y en los objetos que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. Uno de estos cambios lo constituye la transición epidemiológica. Esta consiste en un modelo explicativo relacionado al aumento de la esperanza de vida en los países denominados desarrollados, y caracterizado por un aumento de la prevalencia de enfermedades no infecciosas, crónicas, degenerativas o invalidantes, en detrimento de los procesos infecciosos transmisibles, por lo general agudos (44).

El desarrollo del constructo y del fenómeno de calidad de vida, ha presentado un trabajo de varios investigadores con alianzas y aprendizajes a lo largo del tiempo, que han permitido la evolución de este concepto, dilucidando su importancia en la aplicación no solo desde el concepto general de calidad de

vida, sino también desde la calidad de vida aplicada a varias áreas del conocimiento como en el caso de la relacionada con la salud.

Algunos acuerdos entre diversos investigadores han significado un gran aporte al desarrollo del concepto, en especial en su medición, como lo son por ejemplo los planteados por el grupo WHO-QOL de la OMS[a] sugerir algunas características que definirían a la calidad de vida: a) es subjetiva; b) es multidimensional; c) incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas (45). Bajo estas premisas, definen a la calidad de vida como la "percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses" (45), Este grupo asimismo propone seis dimensiones compuestas por diversos subdominios a evaluar: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y por último espiritualidad, religión y creencias personales (14).

El anterior planteamiento representaba entonces el camino a seguir en la consolidación de un nuevo referente en calidad de vida que muchos autores entendieron de esta forma, y dedicaron sus esfuerzos a trabajar en ello con un enfoque hacia la evaluación en salud. Hay que tener claridad en que La evaluación de calidad de vida en un paciente, representa el impacto que una enfermedad *y* su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción de su propio bienestar. Patrick y Erickson (46) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales *y de* disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Una de las definiciones más completas en contenido de CVRS que señalan diferentes autores, es la propuesta por Shumaker y Naughton (47), donde enuncian la CVRS como: "La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar, Las dimensiones más importantes que incluye la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad, el cuidado personal, y el bienestar emocional".

Shumaker y Naughton (47) plantearon que las dimensiones utilizadas con más frecuencia para evaluar CVRS son:

1. Estado funcional: consiste en el grado de realización de las actividades cotidianas (tanto de autocuidado como instrumentales) relacionadas con la propia autonomía, independencia y competencia.
2. Funcionamiento psicológico: hace referencia a la presencia de malestar o bienestar vinculados a la

experiencia y vivencia del problema de salud, su diagnóstico o tratamiento particular o ante la vida en general.
3. Funcionamiento social: hace énfasis en la presencia de problemas en la ejecución de las actividades sociales cotidianas y deseadas, así como los efectos en la limitación de realización de los roles sociales de cada uno.
4. Sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento: hace alusión a los signos y síntomas de la enfermedad (dolor) y efectos secundarios o colaterales de la terapia (sedación, náuseas, irritabilidad, etc.).

Otros autores que también han ahondado en el tema de CVRS han planteado definiciones como: Croog (48) quien propone que: "La CVRS puede verse como la totalidad de características del modo de vida de un individuo o grupo, con particular referencia a: a) áreas de la salud física, salud emocional, función cognitiva, desarrollo del rol social, bienestar y satisfacción con la vida, y b) condiciones objetivas de la existencia, incluyendo las condiciones de vida y los factores ambientales estresantes.

Burke Bailey (49) la define como "evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular".

Van Der Kamp y Echteld (50), la definen como el "resultado afectivo y cognitivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experiencia de satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos".

El concepto de calidad de vida ha sido abordado desde diferentes disciplinas, lo que ha contribuido a su crecimiento y desarrollo. Cada uno desde un enfoque diferente pero con un concepto claro de integralidad en su trasfondo. desde el punto de vista social, se ha utilizado, para referirse a "condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda y otros" (38), excluyendo aspectos relevantes con la evaluación subjetiva del individuo como las percepciones individuales, psicológicas y espirituales, las cuales son importantes para el estudio de la CVRS.

Desde la psicología, la calidad de vida se refiere a la medición de las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales. La calidad de vida también ha sido de utilidad para la ecología, utilizada para medir el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente (23), un Enfoque que llama la atención, porque el ambiente proporciona muchos elementos que favorecen condiciones de vida y por tanto, un déficit de condiciones ambientales impactaría negativamente la calidad de vida de las personas (51).

La perspectiva económica de la calidad de vida difiere significativamente de la comprensión que el sector salud ofrece al concepto. Para la economía de la salud, el concepto es una función de utilidad, porque la evaluación está basada en la preferencia del individuo entre dos estados de salud diferentes, este modelo de coste utilidad fue diseñado como "herramienta económica para mejorar la toma de decisiones dentro del campo de la salud a través de la elaboración de un índice común que integrase costes y resultados, de una forma tal que se permita realizar comparaciones entre distintas enfermedades" (52).

En contraste con el gran auge de la calidad de vida se puede notar cómo, el constructo CVRS, ha evolucionado significativamente, lo que ha generado el desarrollo, diseño y validación en distintos idiomas de un sinnúmero de instrumentos de medición de calidad de vida en ámbitos tanto generales como específicos. En sus principios este constructo hacía énfasis solo en la función física y el tratamiento de la enfermedad, Desde entonces este constructo se ha expandido para incluir múltiples dimensiones de función física, emocional, social, psicológica y espiritual.

En la literatura podemos encontrar seis instrumentos que permiten evaluar el impacto de los síntomas en la CVRS de los pacientes que presentan arritmia cardiaca, cuatro de ellos son específicos para fibrilación auricular y dos incluyen otros tipos de arritmias (19).

La relación entre calidad de vida y arritmias es establecida en mayor proporción de estudios bajo el contexto de una arritmia auricular lo cual concuerda con que la mayor parte de las escalas de calidad de vida en arritmias se presenten para pacientes con taquicardias auriculares. En base a la revisión de peralta, se presenta un aparte de los instrumentos diseñados en el mundo para evaluación especifica de CVRS en pacientes con arritmias cardiacas, es de anotar que en Colombia solo uno de estos instrumentos esta validado y es el Arrhythmia-Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia (19).

En la tabla 2-1, presentada a continuación, como parte de la revisión de Peralta (19) podemos ver algunas de las características de los instrumentos específicos para medición de CVRS en pacientes con arritmias:

Tabla 2-1: Instrumentos para evaluación de CVRS en personas con arritmia cardiaca

Tabla 1. Instrumentos existentes para evaluar la CVRS en personas con arritmia cardiaca

AUTOR/ AÑO Y PAIS	ESCALA	TIPO DE ARRITMIA	IDIOMAS	COMENTARIOS
Arribas Fernando et al. 2010/España	AF-QoL	FA	Ingles y Español	Evaluación de calidad de vida relacionada con a salud en pacienes con FA. Tres dominios. Dominio psicologico 7 ítems; dominio físico 11 ítems y dominiso sexual 3 ítmes.
Braganca É. et al. 2009/Suecia	QLAF	FA Persistente	Ingles	El cuestionario QLAF consistió en siete dominios, 22 preguntas numeradas y 83 ítems que componen los dominios.
Härdén M. et al. 2009/Suecia	AF6	FA	Sueco	Contiene no más de siete preguntas y resume los problemas más frecuentes planteado por los pacientes
Wood K. et al. 2009 Estados Unidos de América	PPAQ	Diferentes formas de arritmias excepto FA	Ingles	Frecuencia y duración de los síntomas 18 ítems, efectos 9 ítems, trabajo y actividades 2 ítems.
Spertus J. et al. 2011	AFEQT	FA	Ingles	Incluye 4 dominios. Síntomas, actividades diarias, tratamiento y satisfacción con el tratamiento.
Walfridsson Ulla 2011/Suecia	ASTA	Diferentes formas de arritmias	Ingles y Sueco	Incluye 2 dominios: carga de síntomas 8 ítems y CVRS 13 ítems.

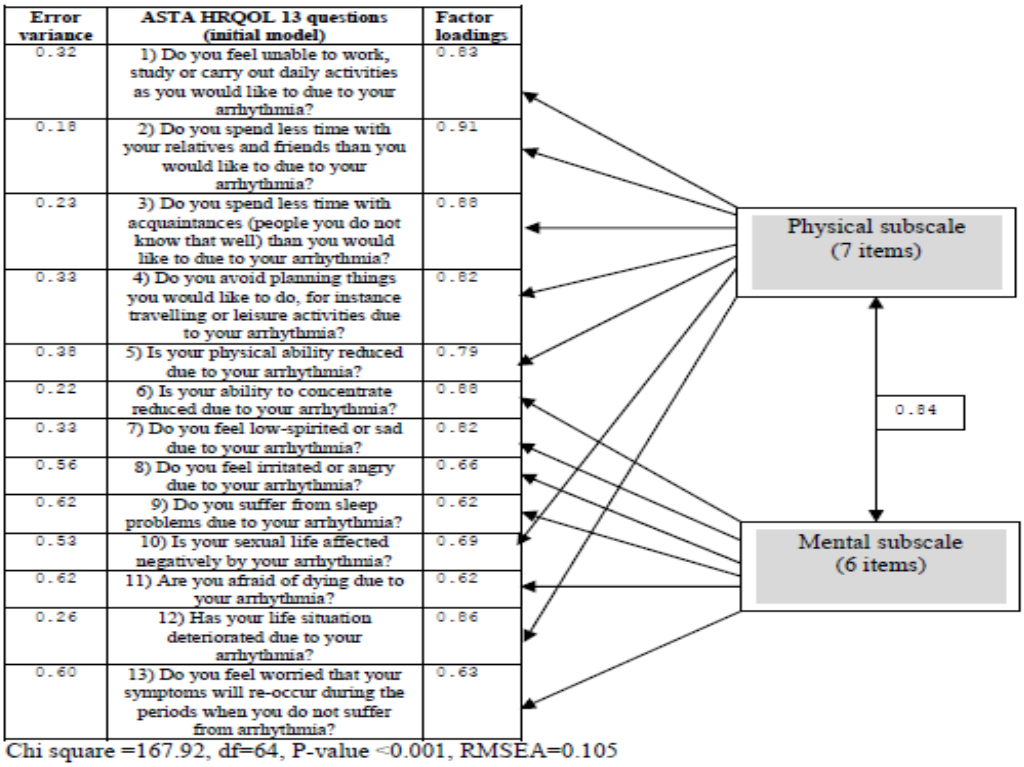
Fuente: Peralta Y. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del instrumento ASTA (Arrhythmia-Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia). 2015.

2.2 Instrumento: arrhythmia-specific questionnaire in tachycardia and arrhythmia (ASTA)

La escala Arrhythmia-Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia (ASTA) es un instrumento validado en Colombia, y fue seleccionada por su sensibilidad y propiedades para medir el constructo en esta investigación. Se encuentra conformada por tres partes: la primera incluye los datos demográficos y dos ítems relacionados con el tratamiento farmacológico; la segunda conformada por 9 ítems que evalúan el dominio de carga de síntomas, para facilitar el análisis en esta investigación se manejaran tres niveles de puntuación en la escala : bajo (0-6), medio (6-12), alto (12-18) y la tercera parte conformada por 13 ítems que evalúan el dominio de CVRS con tres niveles de puntuación en la escala : bajo (0-8), medio (8-17), alto (17-26) (30). Así entonces podemos entender que la evaluación de las diferentes subescalas, las podemos realizar por separado y emitir análisis por parte de cada sub

escala, y al igual podemos realizar análisis en torno a la carga de los síntomas y su relación con la CVRS, encontramos entonces que a mayores puntajes en las diferentes sub escalas (carga de los síntomas y calidad de vida) encontramos un mayor compromiso negativo e influencia de los síntomas en la calidad de vida de la persona. Cada ítem evaluado presenta 3 opciones de respuesta, asignándose una puntuación de 0 a 2 en relación con la respuesta elegida. Los aspectos psicológicos y sociales del individuo son abordados desde la evaluación de la CVRS, donde en las preguntas que componen esta subescala se encuentran inmersos los aspectos que permiten visualizar la afectación en los aspectos psicológicos y sociales. Estos son mencionados en la figura 2.1.

Figura 2-1: Valoración de componentes psicológico y social en la escala ASTA



Error variance	ASTA HRQOL 13 questions (initial model)	Factor loadings
0.32	1) Do you feel unable to work, study or carry out daily activities as you would like to due to your arrhythmia?	0.83
0.18	2) Do you spend less time with your relatives and friends than you would like to due to your arrhythmia?	0.91
0.23	3) Do you spend less time with acquaintances (people you do not know that well) than you would like to due to your arrhythmia?	0.88
0.33	4) Do you avoid planning things you would like to do, for instance travelling or leisure activities due to your arrhythmia?	0.82
0.38	5) Is your physical ability reduced due to your arrhythmia?	0.79
0.22	6) Is your ability to concentrate reduced due to your arrhythmia?	0.88
0.33	7) Do you feel low-spirited or sad due to your arrhythmia?	0.82
0.56	8) Do you feel irritated or angry due to your arrhythmia?	0.66
0.62	9) Do you suffer from sleep problems due to your arrhythmia?	0.62
0.53	10) Is your sexual life affected negatively by your arrhythmia?	0.69
0.62	11) Are you afraid of dying due to your arrhythmia?	0.62
0.26	12) Has your life situation deteriorated due to your arrhythmia?	0.86
0.60	13) Do you feel worried that your symptoms will re-occur during the periods when you do not suffer from arrhythmia?	0.63

Chi square =167.92, df=64, P-value <0.001, RMSEA=0.105
(before error variance correlations)

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA ASTA

La versión en español del instrumento ASTA cuenta con validez facial, lo que significa que se evidencia un satisfactorio nivel de concordancia medida a partir del modelo de Lawshe modificado, en el que se obtuvo de manera global un valor de 0.777 para la variable de claridad, 0.777 para la variable de precisión y 0.783 para la variable de comprensión. Los ítems que obtuvieron un valor no satisfactorio

requirieron de un ajuste en su redacción y de esta manera adaptarla a nuestra cultura. Uno de los ítems fue eliminado por considerarlo inconsistente (53).

De otra parte se confirma la validez de contenido de la versión en español del instrumento ASTA soportado en una concordancia satisfactoria de los expertos, evaluada por medio de los modelos de Lawshe modificado y Kappa de Fleiss. En el primero de ellos, de un total de 41 ítems se obtuvo 40 con puntaje satisfactorio o perfecto en cada uno de los criterios (pertinencia y relevancia). La evaluación bajo el segundo modelo arrojó un acuerdo casi perfecto para estos mismo criterios. Resultado de esta evaluación, se decide eliminar un ítem por no obtener puntaje satisfactorio y considerarlo redundante, De otro lado, la validez de constructo del instrumento ASTA se demuestra mediante el análisis de factores usando el método de extracción por componentes principales, bajo el criterio de Kaiser y la rotación varimax para las dos escalas (Carga de Síntomas y CVRS) en el cual se evidencia un solo factor para cada una de ellas, es decir que todos los ítems son convenientes para medir estos conceptos. Los resultados, en lo referente a la escala CVRS se relacionan con el estudio realizado en la versión original del instrumento, en la cual al analizar los 13 ítems que la conforman se obtuvo un solo factor para evaluar este concepto (53).

Se demuestra una consistencia interna muy satisfactoria, como componente de confiabilidad obteniendo un alfa de Cronbach de 0.832 y un valor en la prueba de dos mitades de 0.828, lo que significa que los ítems que hacen parte de cada una de las subescalas del instrumento se correlacionan entre ellos, y por tanto miden de manera óptima el mismo concepto a pesar de ser adaptado para un contexto diferente. Este resultado es similar al estudio original en el cual se obtuvo un alfa de Cronbach > de 0.70 (53).

Para la validación del instrumento en Colombia, las autoras: Yesica Peralta y Renata Virginia González, utilizaron los siguientes mecanismos para la evaluación de confiabilidad del instrumento (95) :

- Validez de contenido: La validez de contenido se determinó en dos fases, la primera fue la realizada por el grupo de 7 expertos quienes realizaron la evaluación a partir de la versión consensuada de las traducciones directas del instrumento ASTA. A cada miembro de este grupo se le pidió que evaluaran la claridad, precisión y compresión de cada uno de los ítems (95).

- Validez de constructo: El instrumento se aplicó a 395 personas siguiendo los criterios mencionados, conformado por hombres y mujeres mayores de 18 años con diferentes niveles de educación y estratos socioeconómicos y con diferentes tipos de arritmia.

La validez de contenido fue proporcionada por la revisión de literatura, entrevistas a pacientes y repetidas evaluaciones en paneles de expertos : La validez de constructo de las dos escalas del cuestionario ASTA fue evaluado con la correlación total de los ítems dentro de la respectiva escala (escala de carga de síntomas y la de CVRS), Posteriormente, la validez de constructo fue examinada por validez convergente y discriminante para lo cual se evaluó la correlación entre la escala de carga de síntomas del instrumento ASTA y la escala especifica de arritmia Symptom Checklist; Frequency and Severity Scale (SCL) (95) y las escalas del cuestionario genérico SF-36 (95).

Para soportar la validez convergente y discriminante de la escala de carga de síntomas del ASTA, se planteó la hipótesis de correlacionarla más fuertemente con las escalas de frecuencia y severidad del (SCL) comparado con las escalas de SF- 36.

Por su parte, la validez de constructo para la escala de CVRS del instrumento ASTA fue evaluada mediante validez convergente y discriminante usando la matriz de correlación multirrasgo-multimétodo. Para este propósito se realizó correlación de Spearman entre las subescalas física y mental de la escala de CVRS del ASTA y las subescalas física y mental de SF-36 (95).

Es importante revisar los aspectos conceptuales que sirvieron a la creadora del instrumento como base para la creación de esta herramienta en la medición de CVRS, y que permitieron obtener un alto grado de sensibilidad para la medición en una población especifica como los pacientes con arritmias.

2.3 Modelos conceptuales aplicados al concepto de CVRS y la escala ASTA.

La medición de CVRS, incorpora un modelo integrativo en la atención a los pacientes con arritmia ventricular, valora al individuo mas allá de un síntoma o de un evento patológico. Tradicionalmente el paciente con arritmia era valorado desde el campo biológico y desde los datos objetivos, sin embargo con el avance y estudio de la calidad de vida, esta se ha incorporado en el campo de la salud, con gran impacto sobre la evaluación y el mejoramiento del bienestar y la salud de las personas.

La evaluación de la calidad de vida en un paciente con arritmia ventricular representa el impacto que la enfermedad y su consecuente tratamiento tienen, sobre la percepción del paciente de su bienestar. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (12). El desarrollo de instrumentos que permiten evaluar la

CVRS, muestra la evolución en el concepto y la aplicabilidad a la practica del cuidado, la creación de instrumentos específicos en la evaluación del constructo CVRS es un punto de vital trascendencia en la comprensión del fenómeno, dichos instrumentos y según el grupo de calidad de vida de OMS (12), deben obtener medidas que sean:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Los instrumentos de evaluación de CVRS deben combinar características que le den sustento conceptual, confiabilidad y validez (que midan lo que realmente dicen medir), pero es fundamental además que sean relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre las cosas que realmente les importan a las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado. El desarrollo del instrumento ASTA, cuenta con todo el rigor científico, y la idoneidad para medir el constructo de la CVRS en el paciente con arritmia ventricular, lo que permite a la Enfermería un gran acercamiento a este fenómeno, generando nuevo conocimiento en el campo de la electrofisiología.

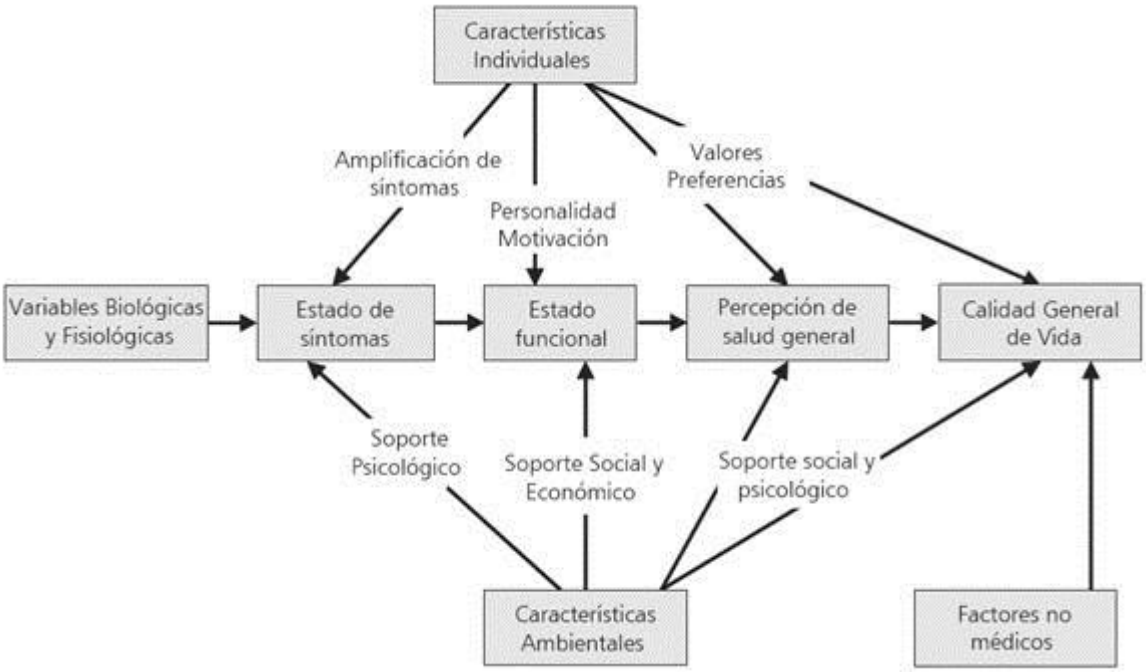
Un modelo conceptual en la construcción de un instrumento de evaluación de CVRS brinda las herramientas y los elementos necesarios para categorizar las variables de un fenómeno; el modelo conceptual de Wilson y Cleary, en el cual esta basado el desarrollo de la escala ASTA, permite que este instrumento evalué lo que realmente se quiere ver, que es la CVRS en el paciente con arritmia, desde la comprensión que el individuo es un ser integrativo, donde la parte biológica va unida y es inseparable, del componente psicológico y social. La patología arrítmica es única y diferente a cualquier otra entidad, hay un especial énfasis de los pacientes en los síntomas y la preocupación por cuando ocurra un nuevo evento de arritmia, lo que hace necesario que el instrumento que mida la CVRS en este tipo de paciente, sea sensible y especifico, a poder evaluar los cambios y las alteraciones que sufren estos pacientes en el curso de la arritmia ventricular.

2.3.1 Modelo conceptual de calidad de **vida** relacionado con la salud de Wilson y Cleary.

Este modelo procura conceptualizar las relaciones entre las variables clínicas y las mediciones de CVRS e intenta identificar las variables que intervienen para determinar estos efectos, con el objetivo de diseñar intervenciones clínicas efectivas (54).

Wilson y Cleary, quienes son citados por Urzúa (14), elaboran un modelo que integra dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud, uno desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general. El modelo de Wilson y Cleary se explica en la figura 2-2, presentada a continuación:

Figura 2-2: Modelo de calidad de vida relacionada con la salud de Wilson y Cleary



Fuente: Urzúa, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, *138*(3), 358-365. (2010).

En primer lugar este modelo contempla las características individuales, las cuales son categorizadas como demográficas, psicológicas, biológicas y de desarrollo que pueden influenciar la respuesta de salud (55), Las características demográficas contemplan el sexo, la edad, estado civil y etnia; Los

factores biológicos incluyen índice de masa corporal, color de piel e historia familiar relacionada con enfermedades genéticas. Los factores psicológicos incluyen respuesta afectiva, acercamiento cognitivo y motivaciones, y las características del estado de desarrollo se contemplan para diseñar la estrategia de intervención (55).

En segunda instancia este modelo contempla las características del ambiente las cuales también se categorizan en sociales y físicas. Dentro de características sociales se incluye la influencia de la familia, amigos y proveedores de salud y dentro de las características físicas del ambiente se contemplan algunos escenarios como la casa, el vecindario, el lugar de trabajo y su influencia en las repuestas de salud (55).

Adicional a las características individuales y del ambiente, Wilson y Cleary (55) plantean cinco dominios que se relacionan en forma causal pero puede existir una relación recíproca entre ellos: el primer dominio es la *función biológica* el cual se centra en la función de células, órganos y sistemas; la función biológica puede ser evaluada a través de indicadores como pruebas de laboratorio, evaluación física, y diagnóstico médico. Segundo, los *síntomas* referidos a los físicos, emocionales y cognitivos percibidos por un paciente. *Estado funcional* es el tercer dominio y está compuesto por la función física, psicológica, social y de rol. Cuarto, la *percepción general de la salud*, el cual se refiere a la percepción subjetiva que incluye todos los componentes de salud precedentes. Quinto, *calidad de vida general*, es descrito como bienestar subjetivo, el cual significa cuan feliz o satisfecho alguien está con la vida.

Este modelo conceptual propone, no solo identificar las dimensiones de la salud que es necesario describir de manera secuencial, sino que describe e identifica una serie de conceptos críticos en una cadena de causalidad, en la cual se sigue un orden de complejidad biológica, psicológica y social creciente. A medida que uno se mueve de izquierda a derecha en el modelo, se parte desde la célula y el individuo hacia la interacción del individuo como miembro de la sociedad.

El rol que juegan las preferencias y valores de los pacientes aparece en varios puntos del modelo y resulta particularmente importante para comprender los dos últimos niveles: percepciones de salud general y calidad de vida global. Permite incluir las medidas de utilidad dentro del modelo. “En la evaluación de utilidades el paciente usa sus valores y preferencias para dar valor a un estado de salud particular y estas utilidades se usan a menudo como una medida global de la CVRS. Mientras que las medidas de CVRS evalúan estados particulares de salud, las medidas de utilidad evalúan el valor que las personas le asignan a esos estados”, La inclusión de las preferencias y valores no solo está determinada por condiciones de salud sino también por valores que van más allá y que tienen que ver

con la posición en la vida, las actitudes hacia determinados tratamientos médicos, la edad, la cultura, las expectativas vitales (54).

La construcción del instrumento ASTA, está basada en el modelo de Wilson y Cleary. La evaluación de las medidas de CVRS con el ASTA presenta aspectos relevantes, en la medida que permiten la comprensión del individuo desde diferentes perspectivas incluyendo el autoconcepto en relación a una situación de salud particular percibida como es el caso del paciente con arritmias, en relación con el modelo, involucra la evaluación de estado de síntomas y estado funcional del individuo medidos desde la subescala de carga de los síntomas.

La incorporación de este modelo en la evaluación y mediciones de calidad de vida, incorporan aspectos relevantes en la comprensión de un fenómeno, que día a día cobra más importancia como medida de evaluación de los servicios de salud.

2.3.2 Teoría de los Síntomas Desagradables como aplicación al constructo calidad de vida relacionada con la salud.

Desde la teoría, en el campo de la Enfermería, podemos relacionar la CVRS en la teoría de mediano rango de los síntomas desagradables propuesta por Lenz, Esta teoría está basada en la premisa de que existen puntos en común en las diferentes manifestaciones experimentadas por los pacientes. Su marco teórico tiene utilidad para la práctica y la investigación pues, proporciona un esquema de organización y fomenta el pensamiento integrador entre muchos aspectos de la experiencia de los síntomas. El contenido teórico considera el síntoma como una experiencia individual subjetiva, sin embargo, no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas. Desde esta perspectiva se enriquece la mirada integradora de la Enfermería (56).

La aplicabilidad de la Teoría de Rango-Medio de los Síntomas Desagradables al constructo de calidad de vida y a los cuidados y práctica de Enfermería, puede orientar la estructuración de guías o protocolos de cuidados propios de la Enfermería. La relación entre esta teoría de rango medio y la CVRS se explica en la figura 2-3, donde se visualiza la conexión entre el constructo del presente proyecto y la teoría.

La Teoría de los Síntomas Desagradables reúne una seria de características que agrupan factores, que se relacionan o ejercen influencia sobre la experiencia del síntoma, al igual que en la teoría de rango medio de los síntomas desagradables, la CVRS se ve asociada con elementos externos que influencian

la autovaloración o el auto concepto del individuo en su bienestar, lo que limita o refuerza la calidad de vida del individuo en relación con su contexto.

Figura 2-3: Teoría de los Síntomas Desagradables y su conexión con la CVRS.

Fuente: Vanegas. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con arritmia ventricular una medición con el ASTA, en dos momentos.2017.

La arritmia cardiaca ventricular, tienen un impacto importante en la vida de los pacientes, principalmente desde la experiencia de los síntomas, estos limitan y afectan diferentes dimensiones en el individuo como la parte física, psicológica y social, lo que influencia los resultados en la CVRS.

El entendimiento de los síntomas y los factores que los influencian, desde la experiencia del paciente, es un pilar fundamental, en la comprensión del fenómeno de la CVRS del paciente con arritmia ventricular. Un síntoma o los síntomas no son una entidad aislada del individuo, por el contrario forman parte de un todo, y que pueden influenciar el auto concepto y la autovaloración de la persona sobre su bienestar.

La Teoría de los Síntomas Desagradables, brinda herramientas en la comprensión de los factores que influencian la percepción o la experiencia del individuo sobre sus síntomas.

"Cada síntoma se contextualiza como una experiencia multidimensional, que puede cuantificarse en dimensiones comunes: intensidad, coordinación (duración y frecuencia de la ocurrencia), nivel percibido de angustia (grado de molestia), y calidad" (91). La teoría de Lenz identifica tres categorías de variables que son influyentes de los síntomas, y que si se evalúa detenidamente, muestra relación con la CVRS, estas categorías son: 1) factores fisiológicos, que incluye el nivel de energía del individuo,

que tantas actividades puede o no realizar, 2) factores psicológicos, que deja ver en el individuo su humor y la reacción afectiva a la enfermedad y el grado de incertidumbre y conocimiento acerca de los síntomas y sus posibles significados. Y por último 3) los factores situacionales que agrupa el ambiente social y físico que puede afectar el reporte del síntoma del individuo (91). Entender la respuesta de la persona, frente a un síntoma, permite comprender el contexto del individuo, y la influencia de este sobre la CVRS.

La conexión de la Teoría de los Síntomas Desagradables para este proyecto se da en el reconocimiento de la importancia de los síntomas como resultados informados por los pacientes, y su influencia en la valoración de la CVRS. Esta teoría enfatiza la interacción entre los factores de influencia, los síntomas y las consecuencias de las experiencias ante los síntomas, lo que favorece una visión integral frente al abordaje y tratamiento de los síntomas. En los nuevos instrumentos de evaluación de la CVRS en el paciente con arritmia, los síntomas son parte importante dentro de la evaluación de la CVRS, y constituyen parte en la construcción del instrumento, la escala ASTA incorpora una subescala denominada carga de los síntomas, donde identifica las sensaciones percibidas por los pacientes y permite una interacción y análisis de estos con la CVRS del individuo.

La gravedad de los síntomas es un fuerte predictor de puntuaciones en las medidas de la calidad de vida (96), tanto así que hoy en día algunos autores sugieren que las medidas de carga de los síntomas donde se presenten puntajes elevados sean consideradas como un indicador inmediato De deterioro de la calidad de vida (96). Las preocupaciones de los pacientes sobre los efectos negativos de las arritmias ventriculares recaen sobre la capacidad para realizar actividades de la vida diaria en los pacientes, así también, como las preocupaciones sobre la frecuencia y la duración de los episodios y los síntomas de la arritmia, son expresiones que necesitan ser identificadas y evaluadas en el individuo. Un instrumento sensible a los síntomas que experimentan los diferentes tipos de pacientes con arritmia permitiría a los investigadores examinar tanto la experiencia de los síntomas como los resultados de la intervención desde la perspectiva del paciente.

2.4 Marco ético

La investigación desarrollada en este texto se guía a través de principios y normas que están contenidas dentro de las leyes que rigen la investigación en Colombia. Uno de sus pilares fundamentales, la resolución número 8430 de 1993 por la cual se establece las normas técnicas, científicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. en la cual, por tratarse de un estudio observacional , se define como un estudio sin riesgo descrito como “los estudios que emplean técnicas

y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (57).

La presente investigación se rige bajo los principios del artículo 5 de la resolución en mención, donde se habla del respeto a la dignidad del individuo, y la protección de sus derechos y su bienestar. Presenta un reconocimiento de la autonomía del individuo, desde el punto que se reconoce como voluntaria la participación en la presente investigación, lo que se apoya en el literal (E) del artículo 6, donde se habla del consentimiento informado, el cual es desarrollado y aplicado a los participantes en esta investigación. Dando a Los participantes en el estudio un conocimiento claro y preciso acerca de la naturaleza y objetivos del estudio y aceptarán de forma voluntaria hacer parte de este si así lo deseasen.

Esta investigación se soporta al igual en principios éticos como: confidencialidad, con lo cual se garantiza a los participantes en la investigación total anonimato y protección de sus datos, el investigador presenta total compromiso y juramento con el propósito de esta investigación, donde se presentan intenciones meramente investigativas y académicas. Veracidad, proporcionando información clara y real relacionada con los datos y resultados obtenidos y citando en los casos pertinentes las fuentes de información o de referencia.

El presente estudio respeta los derechos de autor atendiendo a la legislación nacional expedida mediante la ley 23 de 1982, ley 44 de 1993 y el Acuerdo 35 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia, lo cual se refleja en el desarrollo de la presente investigación en la mención de citas, referencias y bibliografía.

También se manejarán principios importantes como la Confidencialidad y Privacidad, reflejados en el manejo integral de los datos y la información en el lugar y las condiciones en que serán recolectados los datos, estos datos serán manejados solo por el investigador y se propenderá en la protección de la identidad de cada participante así como cualquier otra información que se obtenga de los participantes.

Los participantes en la investigación no recibirán ningún beneficio económico y su retribución en la participación del estudio será reflejada en el aporte, con datos relevantes en las medidas de CVRS en personas con taquicardia ventricular antes y después de recibir un implante de cardiodesfibrilador, bajo el contexto de Colombia, y que estos datos puedan generar información importante para el diseño e implementación de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población que sufre de

problemas cardiovasculares específicamente arritmias cardiacas. El principio de reciprocidad se da mediante la socialización de los resultados a todos los participantes del proceso investigativo.

Es de anotar de igual forma que el presente proyecto toma en cuenta los lineamientos de propiedad intelectual de la universidad nacional de Colombia acuerdo 007 de 2008 en su artículo 21. Donde habla de la cesión de derechos patrimoniales, en la propiedad intelectual. Y para lo cual queda claro y es notificado en las instituciones donde el presente estudio se realizara, que la construcción y resultados de la tesis como proyecto de grado para optar al título de magister en Enfermería es propiedad de la universidad nacional, y que queda en claridad para las instituciones que el único beneficio posible en la propiedad intelectual de los resultados obtenidos con la investigación sea en la publicación en alguno de los productos que puedan derivarse de la tesis para publicación en revista científica.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1 Tipo de diseño

El desarrollo de esta investigación se enmarco en un diseño de serie de casos con dos mediciones en el mismo individuo un mes posterior al implante, esta es una metodología que se enfoca en entender las dinámicas presentes en el fenómeno a estudiar (100). Se puede involucrar un caso o múltiples casos, los estudios de serie de casos combinan métodos de colección de datos como archivos, entrevistas, cuestionarios y observaciones.

Los estudios de series de casos pueden ser usados para proveer una descripción, probar una hipótesis o generar conceptos. la serie de casos usa dos fuentes de evidencia: la observación directa de los eventos que son estudiados y entrevistas a personas involucradas en estos. La relevancia del estudio de caso es su habilidad para manejar una gran variedad de evidencia como documentos, artefactos, entrevistas y observaciones (58).

3.2 Sesgos

En relación con el tipo de diseño y la metodología a utilizar, se puede concluir que hay riesgo para presentar sesgos de información. Se tiene el riesgo de medición al confrontar una situación que puede modificar las respuestas o la interpretación del paciente en la información solicitada en el cuestionario para los dos momentos (59). Para disminuir este riesgo, se unificaron los criterios de entrevista para el paciente, es así como el investigador y su auxiliar de investigación, harán la entrevista de la misma manera brindando la misma información al paciente sobre las preguntas del instrumento, en los pacientes, que presenten inconvenientes para la lectura y o diligenciamiento del instrumento, será el investigador y/o auxiliar de investigación, quien realice la lectura del cuestionario y quien marcará las respuestas dadas por el paciente ante cada pregunta.

Otra situación que puede afectar el presente estudio, es la relacionada con la pérdida de la muestra, en el seguimiento a un mes; lo cual se puede ver influenciado por las contrataciones de las EPS con las IPS, pues no siempre les pueden garantizar que sean atendidos en la misma institución donde les hicieron el implante, sin embargo se pudo constatar que la primera consulta de reprogramación posterior al implante, está incluida dentro del paquete del implante en las dos instituciones donde se desarrollara el presente estudio lo que minimiza el riesgo.

3.3 Población

Pacientes con arritmia ventricular de dos instituciones de la ciudad de Bucaramanga que sean candidatos a implante de cardiodesfibrilador.

3.4 Muestra

Pacientes con arritmia ventricular candidatos a implante de cardiodesfibrilador. En los periodos comprendidos para el estudio, entre mayo de 2017 y abril de 2018 en las siguientes instituciones: Instituto de Diagnóstico Médico Bucaramanga IDIME. Fundación cardiovascular de Colombia sede Floridablanca.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

En la tabla 3-1, se muestran los criterios de inclusión y de exclusión para el presente estudio, los cuales fueron verificados previamente a la solicitud de participación en el estudio.

Tabla 3-1: Criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Pacientes mayores de 18 años con estado de consciencia y orientación conservados • Pacientes con diagnóstico de arritmia ventricular e indicación de implante de cardiodesfibrilador. • Pacientes ambulatorias u hospitalizadas en las dos instituciones involucradas en el estudio. • Aceptación y firma del consentimiento para participar en el estudio.	• Pacientes menores de edad. • Pacientes con falla cardiaca descompensada. • Pacientes a quien no se le realice el implante en alguna de las dos instituciones reclutadoras para el estudio. • Pacientes a quienes se les realice explante- implante de cardiodesfibrilador. • Pacientes que tengan cirugías cardiacas pendientes dentro del primer mes post-implante de cardiodesfibrilador.

	• Pacientes que residan en otros departamentos diferentes de Santander. • Pacientes que presenten algún tipo de trastorno neurológico que les impida una comunicación adecuada.

Los pacientes menores de edad se excluyeron, por la implicación legal que esto acarrea en la protección de los derechos de la infancia, al igual que dilatación en el proceso al tener que pedir consentimiento a los padres. Los pacientes con falla cardiaca descompensada, al presentar una alteración extra a la arritmia y que puede representar sesgos en la medición al sumarse signos y síntomas clínicos específicos de esta situación, que pueden influir en las medidas de CVRS.

3.6 Riesgos en la aplicación del instrumento

La aplicación del instrumento y su contenido no representan ningún riesgo para la muestra. Se trata de preguntas que buscan conocer la percepción del individuo sobre su enfermedad, así como la recurrencia de los síntomas, ninguna de las preguntas atenta de manera directa contra la ética ni la moral del individuo, o se opone a la posición del individuo frente a su enfermedad, ni busca cambiar conductas ni acciones en la persona, tiene un objetivo netamente descriptivo. Ante cualquier posible alteración de tipo emocional que pudiese presentarse en el individuo secundario a la aplicación del instrumento, se suspenderá la aplicación del mismo, se brindará el acompañamiento al individuo con intervenciones focalizadas en razón de la alteración presentada, su buscara la verbalización del problema y se aplicará la escucha activa por parte del investigador y el auxiliar de investigación hasta que la persona se encuentre calmada, y se avisará al médico tratante y al personal que esté a cargo del cuidado.

3.7 Calculo de tamaño de muestra

- Se calculó en Stata 12. Un tamaño de la muestra para la medición inicial de carga de los síntomas teniendo en cuenta los siguientes valores:

Una media muestral de 14 puntos, una diferencia con la media poblacional de 2 puntos, una desviación estándar del puntaje de 6 puntos, un poder del 80% y un error alfa de 5%, dando como resultado un tamaño de muestra requerido de 71 personas.

- Se calculó en Stata 12 un tamaño de la muestra para la medición inicial de calidad de vida teniendo en cuenta los siguientes valores:

Una media muestral de 22 puntos, una diferencia con la media poblacional de 4 puntos, una desviación estándar del puntaje de 13 puntos, un poder del 80% y un error alfa de 5%, dando como resultado un tamaño de muestra requerido de 83 personas.

Finalmente, se considerará un tamaño de la muestra de 83 personas, porque este fue el valor más grande obtenido en los cálculos de la muestra para los diferentes objetivos (medición inicial de la calidad de vida y la carga de los síntomas, y la determinación del cambio en estas dos dimensiones entre las dos mediciones). La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño de muestra se deja ver en la figura 3-1, a continuación.

Figura 3-1: Formula para cálculo de tamaño de muestra

$$n = \left\{ \frac{(z_1 - \propto/2 + z_1 - \beta)\sigma}{\mu_A - \mu_0} \right\}^2$$

Fuente: Pagano, M. And K. Gauvreau 2000. Principles of biostatistics. 2nd ed. Belmont,CA. Duxbury.

3.8 Recolección de datos

Para el plan de recolección de datos, se realizará en dos instituciones de la ciudad de Bucaramanga, con un tipo de muestreo no probabilístico de forma causal o incidental, lo que quiere decir que no se realizara demanda inducida en el paciente, se estará atento a que la persona consulte por el servicio de electrofisiología y/o se encuentre programado para el implante. Se usaron herramientas como la entrevista, como método para aplicar y recolectar los datos del ASTA, este se aplicó a los pacientes en dos momentos: el primer momento corresponde a la aplicación del ASTA cuando el paciente es diagnosticado con una arritmia ventricular y es captado en la consulta por electrofisiología, el segundo momento corresponde a la aplicación del ASTA en los mismos individuos a los que se les aplicó en el primer momento, pero este se aplicará 1 mes posterior a la implantación del cardiodesfibrilador durante la primera consulta de reprogramación.

Los pacientes serán captados a través de los servicios de electrofisiología, durante la consulta con el electrofisiólogo y en las consultas de reprogramación del dispositivo de las dos instituciones en mención. La recolección de los datos será llevada a cabo por el investigador principal y un auxiliar de investigación que será entrenado por el investigador principal.

3.8.1 Procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos, serán realizadas 2 bases de datos de manera independiente en el programa Epidata, donde se validaron las bases de datos.

3.8.2 Análisis de los datos

Para la descripción de la muestra se utilizaron promedios y desviación estándar, en las variables categóricas se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y porcentajes.

Para las variables continuas se evaluó normalidad de la variable, con pruebas gráficas como histogramas, gráfico pp de normalidad y estadísticas con Shapiro Wilk. Las variables normales se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar) y para las no normales, con medidas de posición (mediana, percentil 25, percentil75).

Luego se evaluó el puntaje total de cada sub escala en la medición inicial y final, de toda la muestra y posteriormente será descrito dicho puntaje en relación a las variables, sociodemográficas y clínicas de interés, para determinar el cambio en los puntajes de las mediciones iniciales y finales, se utilizó la prueba pareada de T –Student (en caso de variables de distribución normal), en caso de puntajes sin distribución normal se utilizó para determinar el cambio la prueba de Wilcoxon pareada (prueba de los rangos con signo de Wilcoxon). Para todos los análisis fueron calculados intervalos de confianza IC 95% y se utilizó un nivel de significancia de 0,05, los cálculos se realizaron en Stata 12.

3.9 Medios de divulgación y financiación

Para la divulgación de los resultados de la investigación se presentará a revistas científicas médicas y de Enfermería de habla hispana, con preferencia a revistas colombianas. En congresos y/o eventos académicos, que sean de relevancia en el estudio del tema de calidad de vida en pacientes cardiovasculares. Lo que busca generar un impacto en la atención en salud, con intervenciones más integrales a través de programas de atención en salud que reconozcan que la salud no solo es la ausencia de enfermedad, que en el individuo interviene un entorno psicosocial, físico y espiritual que necesitan de un constante equilibrio que garantice un goce completo del bienestar en el individuo.

Los resultados también serán compartidos con los individuos participantes en el estudio como un principio de reciprocidad. Para esto se organizará una reunión general al final de todo el estudio, con las personas que hicieron parte de la muestra para compartir a través de una presentación formal los resultados de la investigación.

El estudio se financió por el investigador principal.

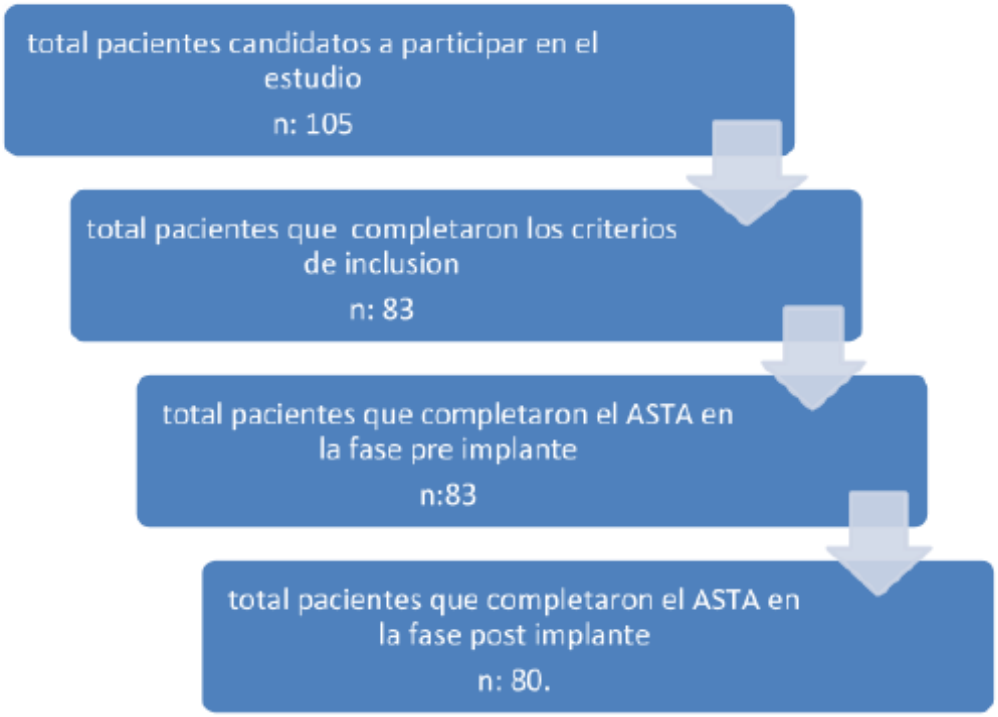
4. MARCO DE ANÁLISIS

4.1 Resultados

La recolección de la muestra se realizó durante el segundo semestre del 2017 y primer semestre del 2018, en dos instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Bucaramanga, las cuales previamente aceptaron dar su permiso, para la recolección de los participantes, entre los pacientes que se manejan, en los servicios de electrofisiología y para quienes cumplían con los criterios de inclusión en el presente estudio. Se obtuvieron un total de 105 pacientes candidatos a participar, durante el periodo de reclutamiento del estudio, de los cuales 22 de estos no fueron elegibles al no cumplir los criterios de inclusión, aunque se encontraran programados para implante de cardiodesfibrilador, la muestra final se constituyó con 83 pacientes que aceptaron participar del estudio.

Cada individuo debía contestar y/o completar el instrumento ASTA, antes del implante y después del implante del cardiodesfibrilador, durante la etapa pre-implante, 83 pacientes (100%) completaron el instrumento ASTA, luego para la etapa post-implante, solo 80 individuos (96,3%) completaron el instrumento en las dos etapas. De Los 3 pacientes (3,61%), que no completaron el estudio en su segunda fase. Tenemos que Las causas fueron: 2 individuos (2,4%) por decisión propia, no quisieron completar el ASTA en su segunda fase para el estudio, y 1 individuo (1,2%) quien no pudo completar el ASTA por muerte antes del primer mes. La distribución de la población se muestra en la figura 4-1, presentada a continuación.

Figura 4-1: Diagrama de flujo de participantes en el estudio



Fuente: Datos Tesis Maestría. Vanegas J. (2018)

4.2 Características de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes que completaron el ASTA.

4.2.1 Características sociodemográficas

Se reclutaron un total de 83 pacientes, entre dos instituciones de la ciudad de Bucaramanga: Fundación Cardiovascular de Colombia sede Floridablanca y en el Instituto de Diagnóstico Médico IDIME, (Hospital Universitario Los Comuneros). Estos pacientes fueron reclutados a través de los servicios de cardiología intervencionista (hemodinamia, electrofisiología).

En relación con la edad de los pacientes, se encontró una variable de clasificación normal, con un rango de edad de 22 a 86 años, con una media de 60,97 y una desviación estándar de 11,92 años.

Con respecto al núcleo familiar con el que conviven los pacientes, el 9.64% manifestó que viven solos, el 44,58% afirmó que conviven con sus parejas (esposo, esposa), el 36,14% comunicó que conviven con sus hijos, y el restante 9,64% con otros familiares o personas (hermanos, primos, amigos). Este dato es importante cuando se analiza y se tiene en cuenta para futuros estudios el impacto que pueda tener sobre los familiares la patología arrítmica así como el implante de un CDI.

La información sociodemográfica es importante para entender y adaptar la situación de una población tan susceptible como los pacientes con arritmias cardiacas, permite generar resultados con mayor impacto, se deja ver como gran parte de esta población presentan niveles básicos de educación, luego los programas educativos y la información que se brinda a esta población deben de ser adaptados para lograr una mayor comprensión de la información y un mayor impacto en las practicas de cuidado.

Los resultados para las variables sociodemográficas se resumen en la siguiente tabla 4-1, donde se condensan y se presentan los valores con sus respectivos porcentajes.

Tabla 4-1: características sociodemográficas de los pacientes

VARIABLE	INTERVENIDOS	
	n	%
HOSPITALIZADO		
Si	5O	(60.24)
No	33	(39.76)
GENERO		
Hombres	54	(65.06)
Mujeres	29	(34.94)
EDAD		
Años cumplidos*	60.9	
CONVIVENCIA		
Solo	8	(9.64)
compañera (o) sentimental	37	(44.58)
hijos	30	(36.14)
otros	8	(9.64)
ESCOLARIDAD		
Básica primaria	60	(72.29)
Secundaria	17	(20.48)
Universitario	6	(7.23)
OCUPACION		
Ama de casa	27	(32.53)
Agricultor	17	(20.48)

Albañil	5	(6.02)
Mecánico	1	(1.20)
Estudiante	2	(2.41)
Comerciante	10	(12.05)
Conductor	5	(6.02)
Pensionado	14	(16.87)
Desempleado	1	(1.20)
Oficios varios	1	(1.20)
ESTRATO		
Uno	25	(30.12)
Dos	25	(30.12)
Tres	27	(32.53)
Cuatro	5	(6.02)
Cinco	1	(1.20)

*Valores expresados como mediana (desviación estándar).
Fuente: Datos Tesis Maestría. Vanegas J (2018).

4.2.2 Características clínicas

Las variables clínicas son importantes, para la comprensión del contexto individual de cada individuo, estás permiten determinar aquellos factores que de manera directa influencian de mayor o menor proporción a la CVRS.

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia muy común, y que afecta gran numero de pacientes, esta puede estar presente en el contexto de una arritmia ventricular. Para este estudio, el 26,51% de los pacientes, presentaron fibrilación auricular además de la arritmia ventricular, frente a un 73,49% que solo presentaba la arritmia ventricular. La FA se ha asociado como un factor de empeoramiento de la calidad de vida en los pacientes con arritmia ventricular.

El tabaco y el alcohol se han considerado como factores de riesgo para enfermedad cardiovascular al igual que para la patología arrítmica, para este estudio el 68,67% afirmaron que sí habían consumido con alguna regularidad durante los últimos años bebidas alcohólicas y/o tabaco, frente al 31,33% que respondieron que no. Esta es una realidad nacional en gran parte de los pacientes con enfermedad cardiovascular, donde se necesitan mayores esfuerzos en campañas de prevención para ayudar a combatir este factor de riesgo.

La educación en salud empodera a las personas en su autocuidado, y permite mejores resultados en cuanto a la CVRS, en el contexto de este estudio con sus participantes, deja ver un panorama, que muestra una debilidad en los programas educativos al paciente con arritmia, si es que existen. Para el conocimiento de su enfermedad y de los posibles tratamientos para la misma, 43,37% de los pacientes,

conocen sobre su patología y posibles tratamientos, mientras que 56,63% afirman no conocer de qué se trata su enfermedad y que tratamientos podían recibir, este es un gran reto para Enfermería y un campo con grandes posibilidades para aportar al mejoramiento del bienestar de los pacientes. Tanto así que el 95,18% de los pacientes manifestaron haber recibido la educación e información acerca de su arritmia de parte de un médico, 9,64% de una enfermera y 3,61% de otros. Un porcentaje bastante bajo, tomando en cuenta que el profesional de Enfermería tiene gran acercamiento y contacto con el paciente.

Los resultados de las variables clínicas se presentan en la siguiente tabla 4-2, donde se condensan y se muestran porcentajes.

Tabla 4-2: Características clínicas de los pacientes

VARIABLE	INTERVENIDOS	
	n	%
FIBRILACION AURICULAR		
Si	22	(26.51)
No	61	(73.49)
FRACCION DE EYECCION (FE)		
porcentaje de FE*	31,5	(12.43)
CANTIDAD DE MEDICAMENTOS		
Uno	6	(7.23)
Dos	6	(7.23)
Tres	2	(2.41)
Cuatro	17	(20.48)
Cinco	11	(13.25)
Seis	41	(49.40)
FUMAR / BEBIDAS ALCOHOLICAS		
Si	57	(68.67)
No	26	(31.33)
HOSPITALIZACION ULTIMO AÑO		
Si	54	(65.06)
No	29	(34.94)
HOSPITALIZACION, NUMERO DE VECES ULTIMO AÑO		
Cero	29	(34.94)
Una	29	(34.94)
Dos	18	(21.69)
Tres	4	(4.82)
Cuatro	2	(2.41)

Cinco	1	(1.20)
TIEMPO DIAGNOSTICO ARRITMIA/ IMPLANTE		
Tiempo en # de días *	23.84	(31.41)
NUMERO DE VISITAS SERVICIO DE URGENCIAS ULTIMO AÑO		
Cero	29	(34.94)
Una	21	(25.30)
Dos	17	(20.48)
Tres	9	(10.84)
Cuatro	5	(6.02)
Cinco	2	(2.41)
CONOCIMIENTO ENFERMEDAD/TRATAMIENTO		
Si	36	(43.37)
No	47	(56.63)
EDUCACION ARRITMIA		
Medico	79	(95.18)
Enfermera	8	(9.64)
Otras personas	3	(3.61)

*Valores expresados como mediana (desviación estándar).
Fuente: Datos Tesis Maestría. Vanegas J (2018).

4.3 ASTA parte I

Con respecto a cuándo sintieron la arritmia por última vez, 33,73% manifestó que hace menos de una semana en relación con el día de aplicación del cuestionario ASTA, 19,28% comunico sentir arritmia persistente, 14,46% hace menos de un mes, 12,05% entre un mes y menos de tres meses, otro 12,05% hace más de 12 meses, 6,02% entre seis meses y menos de doce meses, y el restante 2,41% entre tres meses y menos de seis meses.

Del total de la muestra 54,22% toman algún medicamento para manejo y control de la arritmia, siendo la amiodarona y la propafenona la de más uso común. 45,78% no toman ningún medicamento para el control de la arritmia.

4.4 ASTA parte II síntomas específicos de la arritmia

Los síntomas específicos de la arritmia muestran la realidad del paciente en términos de lo que percibe y como lo percibe, frente a los síntomas, información relevante en la comprensión del aspecto biológico y/o físico, y su relación con la CVRS del paciente. Los resultados en síntomas específicos son presentados en la tabla 4.3.

Tabla 4-3: ASTA parte II síntomas específicos de la arritmia

VARIABLE	INTERVENIDOS	
	n	%
ULTIMA VEZ QUE SINTIO ARRITMIA		
Menos de una semana	28	(33.73)
Arritmia persistente	16	(19.28)
Hace menos de un mes	12	(14.46)
Entre un mes y menos de tres meses	10	(12.05)
Más de doce meses	10	(12.05)
Entre seis meses y menos de doce meses	5	(6.02)
Tres meses y menos de seis meses	2	(2.41)
MEDICAMENTO PARA CONTROL DE LA ARRITMIA		
Si	45	(54.22)
No	38	(45.78)
TIEMPO DE DURACION EPISODIO ARRITMIA		
menos de una hora	75	(90.36)
una hora a menos de siete horas	6	(7.23)
siete horas a menos de veinticuatro horas	1	(1.20)
más de siete días	1	(1.20)
TIEMPO MAS LARGO PERCIBIDO EN EPISODIO DE ARRITMIA		
menos de una hora	68	(81.93)
una hora a menos de siete horas	11	(13.25)
veinticuatro horas a menos de dos días	2	(2.41)
siete horas a menos de veinticuatro horas	1	(1.20)
más de siete días	1	(1.20)
CUANTAS VECES SINTIERON ARRITMIA EN LOS ULTIMOS TRES MESES		
menos de cinco veces	42	(50.60)
no sintieron arritmia	15	(18. 07)
entre cinco y 15 veces	11	(13.25)
arritmia persistente	11	(13.25)

* entre dieciséis y treinta veces	4	(4.82)
SINTOMAS DURANTE LA ARRITMIA*		
palpitaciones rápidas en el corazón	54	(65.06)
palpitaciones cardiacas desordenadas	16	(19.28)
palpitaciones cardiacas más fuertes de lo normal	27	(32.53)
sensación de que el corazón se detiene un instante	39	(46.99)
PRESENTACION DE ARRITMIA EN MOMENTOS ESPECIFICOS		
Si	18	(21.69)
No	65	(78.31)

*Pacientes podían elegir más de una opción.
Fuente: Datos Tesis Maestría. Vanegas J (2018).

4.5 ASTA parte II carga de los síntomas (pre y post- implante)

Para la carga de los síntomas que es la escala que complementa la de calidad de vida y que hace parte del ASTA, se mostrara en la siguiente tabla 4-4, las preguntas con las cantidades y porcentajes de las respuestas tanto para la fase pre como la pos, para tener una mejor visualización de los cambios en cada ítem. Después de la tabla se mostrará la media y la desviación estándar del puntaje para la escala de carga de los síntomas.

Tabla 4-4: Carga de los síntomas pre y post-implante

VARIABLE	carga de los síntomas	
	Medición basal (pre-implante)	Medición final (post-implante)
	n (%)	n (%)
FALTA DE AIRE DURANTE LA ACTIVIDAD FISICA		
No	8 (9.64)	21 (26.25)
Si, en cierta medida	39 (46.99)	54 (67.50)
Sí, mucho	36 (43.37)	5 (6.25)
FALTA DE AIRE EN REPOSO		
No	40 (48.19)	64 (80)
Si, en cierta medida	38 (45.78)	15 (18.75)
Sí, mucho	5 (6.02)	1 (1.25)
MAREOS		

No	37 (44.58)	49 (61.25)
Si, en cierta medida	38 (45.78)	30 (37.50)
Sí, mucho	8 (9.64)	1 (1.25)
SUDOR FRIO		
No	27 (32.53)	36 (45)
Si, en cierta medida	42 (50.60)	39 (48.75)
Sí, mucho	14 (16.87)	5 (6.25)
DEBILIDAD/ FATIGA		
No	15 (18.07)	22 (27.50)
Si, en cierta medida	40 (48.19)	53 (66.25)
Sí, mucho	28 (33.73)	5 (6.25)
CANSANCIO		
No	18 (21.69)	23 (28.75)
Si, en cierta medida	32 (38.55)	49 (61.25)
Sí, mucho	33 (39.76)	8 (10)
DOLOR EN EL PECHO		
No	35 (42.17)	29 (36.25)
Si, en cierta medida	40 (48.19)	44 (55.00)
Sí, mucho	8 (9.64)	7 (8.75)
PRESION O MALESTAR EN EL PECHO		
No	34 (40.96)	41 (51.25)
Si, en cierta medida	41 (49.40)	33 (41.25)
Sí, mucho	8 (9.64)	6 (7.50)
PREOCUPACION O ANSIEDAD		
No	17 (20.48)	8 (10)
Si, en cierta medida	43 (51.81)	56 (70)
Sí, mucho	23 (27.71)	16 (20)

La media en puntaje para la escala de carga de los síntomas en la fase pre, fue 8.18 con una desviación estándar de 3.42. La escala para carga de los síntomas tiene un puntaje máximo de 18 puntos y un mínimo que puede ser 0. A mayor puntaje, hay una mayor carga de los síntomas en el paciente con arritmia.

En respuesta para las preguntas si alguna vez ha sentido que se va a desmayar, y si se ha desmayado, 59,04% ha sentido que se va a desmayar y 27,71% si se ha desmayado.

4.6 ASTA parte III CVRS (pre y post-implante).

Para los resultados de calidad de vida relacionada con la salud en la fase pre-implante, se mostrarán porcentajes con las respuestas a las preguntas en calidad de vida, luego al ser calidad de vida una variable normal se indicará en valor de la media para el puntaje obtenido en calidad de vida y su desviación estándar. Los resultados obtenidos se condensan en la tabla 4-5 presentada a continuación. Donde se presentan los resultados para cada variable en la medición pre y post-implante con sus porcentajes.

Tabla 4-5: Calidad de vida relacionada con la salud pre y post-implante

VARIABLE	CVRS	
	basal /pre-implante	medición post-implante
	n (%)	n (%)
LA ARRITMIA CARDIACA NO LO DEJA TRABAJAR / O REALIZA ACTIVIDADES COTIDIANAS		
No	25 (30.12)	10 (12.50)
Si, en cierta medida	20 (24.10)	44 (55.00)
Sí, mucho	38 (45.78)	26 (32.50)
MENOS TIEMPO A FAMILIARES / AMIGOS		
No	37 (44.58)	39 (48.75)
Si, en cierta medida	32 (38.55)	32 (40.00)
Sí, mucho	14 (16.87)	9 (11.25)
DEDICA MENOS TIEMPO A CONOCIDOS		
No	47 (56.63)	51 (63.75)
Si, en cierta medida	24 (28.92)	22 (27.50)
Sí, mucho	12 (14.46)	7 (8.75)
EVITA PLANEAR COSAS DEBIDO A LA ARRITMIA		
No	35 (42.17)	33 (41.25)

Si, en cierta medida	35 (42.17)	37 (46.25)
Sí, mucho	13 (15.66)	10 (12.50)
ARRITMIA HA DISMINUIDO SU CAPACIDAD FISICA		
No	8 (9.64)	11 (13.75)
Si, en cierta medida	36 (43.37)	59 (73.75)
Sí, mucho	39 (46.99)	10 (12.50)
HABILIDAD PARA CONCENTRARSE HA DISMINUIDO		
No	53 (63.86)	60 (75.00)
Si, en cierta medida	20 (24.10)	17 (21.25)
Sí, mucho	10 (12.05)	3 (3.75)
SE SIENTE TRISTE O BAJO DE ANIMO		
No	17 (20.48)	16 (20.00)
Si, en cierta medida	36 (43.37)	46 (57.50)
Sí, mucho	30 (36.14)	18 (22.50)
SE SIENTE IRRITADO O ENOJADO DEBIDO A LA ARRITMIA		
No	40 (48.19)	40 (50.00)
Si, en cierta medida	29 (34.94)	34 (42.50)
Sí, mucho	14 (16.87)	6 (7.50)
TIENE PROBLEMAS PARA DORMIR		
No	35 (42.17)	30 (37.50)
Si, en cierta medida	31 (37.35)	40 (50.00)
Sí, mucho	17 (20.48)	10 (12.50)
SU VIDA SEXUAL SE HA AFECTADO POR LA ARRITMIA		
No	43 (51.81)	36 (45.00)
Si, en cierta medida	26 (31.33)	29 (36.25)
Sí, mucho	14 (16.87)	15 (18.75)
TIENE MIEDO DE MORIR DEBIDO A LA ARRITMIA		
No	33 (39.76)	30 (37.50)
Si, en cierta medida	32 (38.55)	35 (43.75)
Sí, mucho	18 (21.69)	15 (18.75)
SU VIDA SE HA DETERIORADO DEBIDO A LA ARRITMIA		
No	15 (18.07)	15 (18.75)

Si, en cierta medida	40 (48.19)	50 (62.50)
Sí, mucho	28 (33.73)	15 (18.75)
SE PREOCUPA DE QUE LOS SINTOMAS APAREZCAN CUANDO NO EXPERIMENTA LA ARRITMIA		
No	38 (45.78)	53 (66.25)
Si, en cierta medida	34 (40.96)	25 (31.25)
Sí, mucho	11 (13.25)	2 (2.50)

La media en puntaje para la escala de CVRS inicial fue de 10,97, con una desviación estándar de 5,70. Es de aclarar que la escala tiene un puntaje máximo de 26 puntos y un mínimo que puede ser 0. A mayor puntaje hay un peor estado en la calidad de vida específica relacionada con la salud en el paciente con arritmia.

4.7 Carga de los síntomas y CVRS en la fase post-implante (1 mes posterior al implante de cardiodesfibrilador).

Se describirá la media y la desviación estándar para cada escala. Importante recordar que para la medición de la fase post-implante la muestra estuvo conformada por 80 individuos.

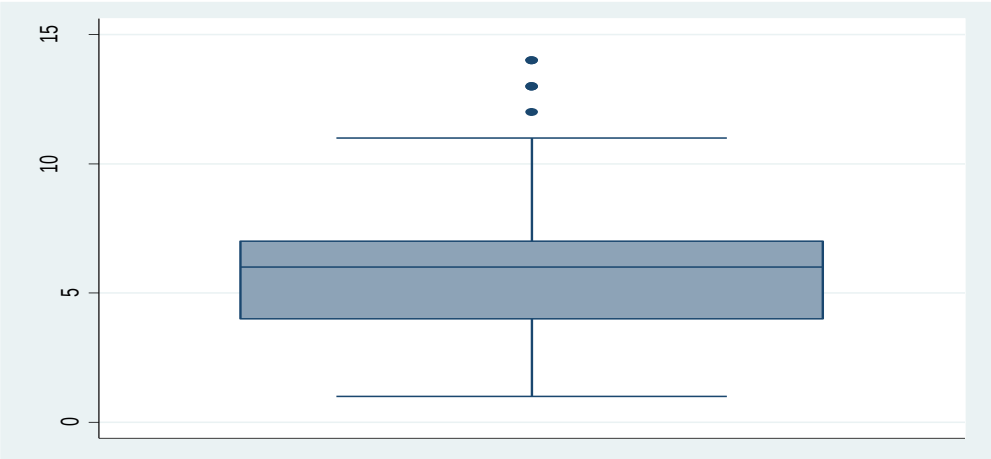
A la pregunta, si los pacientes sufrieron choques eléctricos por parte del cardiodesfibrilador, durante el primer mes, 17,50% experimento uno o más choques, 82,50% no presentaron choques. Del total de pacientes 71,25% manifestó no saber cómo funciona o para qué sirve el dispositivo que les implantaron, y solo 28,75% afirmo saber cómo funciona y para que les habían implantado el cardiodesfibrilador.

El 51,25 % de los pacientes manifestó sentirse preocupado desde que les implantaron el cardiodesfibrilador, frente al 48,75% que manifestaron sentirse tranquilos desde el implante. 75% cambiaron o dejaron de realizar actividades lúdicas, de esparcimiento o de trabajo desde que les implantaron el cardiodesfibrilador, 25% no dejaron de realizar sus actividades de trabajo o lúdica. Los resultados obtenidos para la medición pos en carga de los síntomas se presentan en la tabla 4-6.

La carga de los síntomas posterior al implante del desfibrilador manifiesta una disminución en la media del puntaje en comparación con la medición basal o pre-implante, luego se interpreta esto, como una

leve mejoría, para los pacientes en los síntomas de la arritmia y que afectaban directamente la calidad de vida, y las actividades de la vida diaria de estos pacientes. Este resultado se interpreta en la figura 4-2.

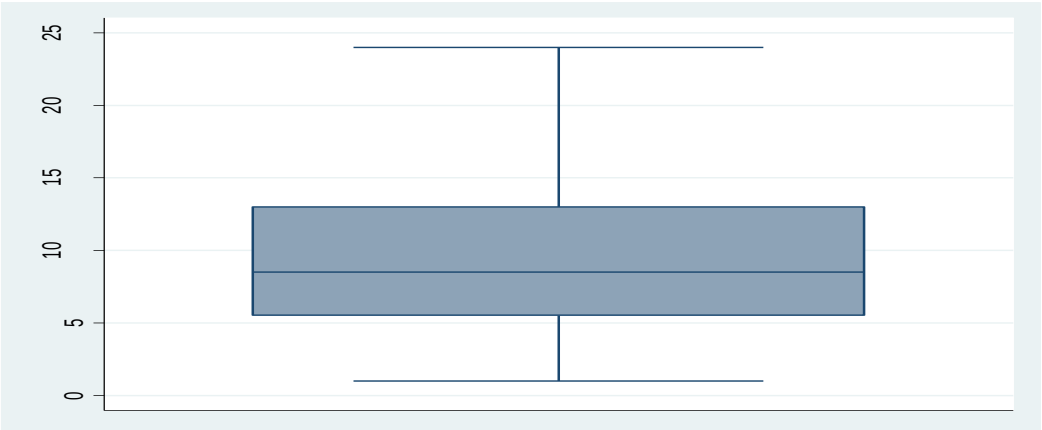
Figura 4-2: Diagrama de caja para carga de los síntomas/ medición post



Media: 6,01 Desviación estándar: 2,77

El valor de la media, para los puntajes de CVRS en la fase post-implante, también mostro una disminución, lo que traduce una mejoría en la CVRS en el paciente con CDI en el primer mes post-implante, de la observación del investigador se puede concluir que los pacientes manifestaban mayor seguridad sobre su vida al tener el dispositivo, al igual que alivio en sus síntomas. La distribución de la media, para escala de CVRS en la medición pos, es presentada en la figura 4-3. A través de un diagrama de caja y bigotes, donde se puede evidenciar lo anterior mente expuesto.

Figura 4-3: Diagrama de caja para CVRS/ medición post



Media: 9,52 Desviación estándar: 5,06

4.8 Comparacion en mediciones iniciales y finales para carga de los sintomas y CVRS.

En base al analisis planteado, para evaluar el cambio en los puntajes iniciales versus los finales, se aplico la prueba pareada de T –Student. Lo que demuestra un valor de P, estadísticamente significativo. Estos resultados se muestran en la tabla 4-6. Donde se resumen los valores obtenidos.

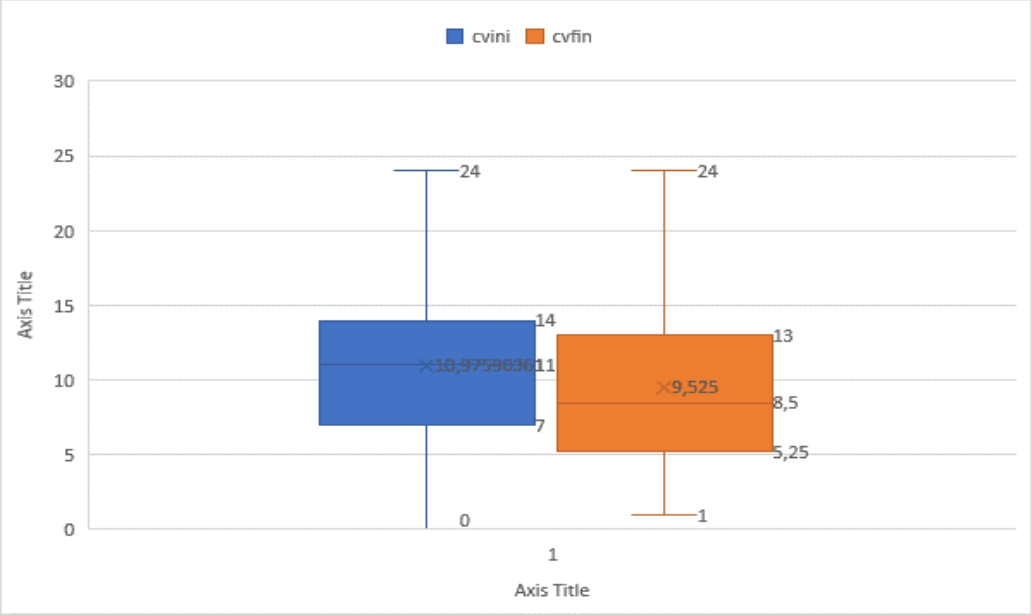
Tabla 4-6: Comparación valores iniciales y finales con prueba T-Student

VARIABLE	INICIAL		FINAL		Valor de p*
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
CARGA DE LOS SINTOMAS	8,18	3,42	6,01	2,77	0,001
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	10,97	5,70	9,52	5,06	0,001

* Prueba t de Student.

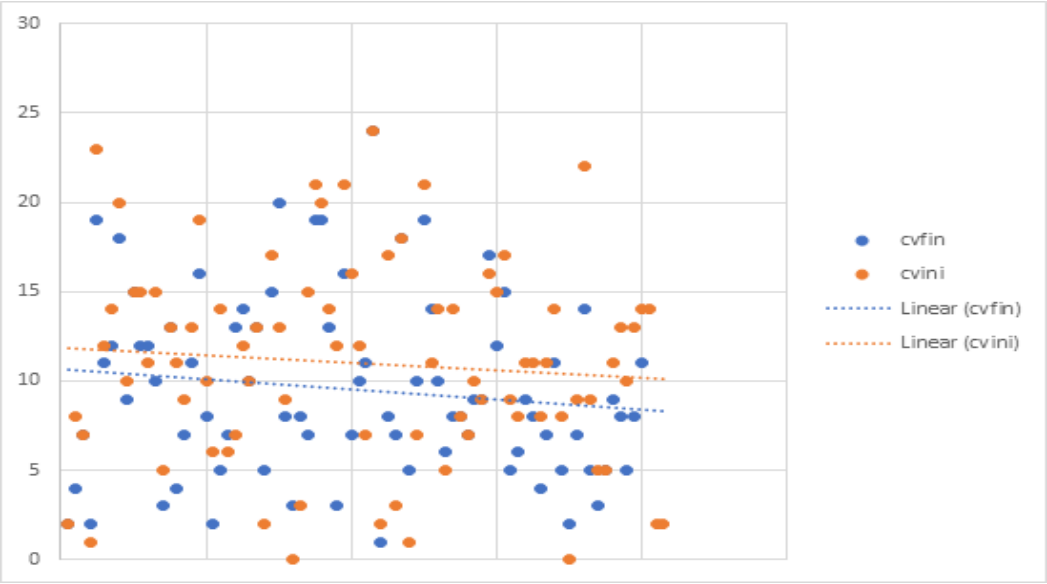
La distribución de la media, en los puntajes de CVRS en las mediciones pre-implante basal y la post-implante o final se muestran en las figuras 4-4 y 4-5 que se presentan a continuación.

Figura 4-4: Diagrama de caja y bigotes para CVRS inicial y final



cvini: media: 10.97 desviación estándar: 5.70
cvfin: media: 9.25 desviación estándar: 5.06

Figura 4-5: Diagrama de puntos para CVRS inicial y final



cvini: media: 10.97 desviación estándar : 5.70
cvfin: media: 9.25 desviación estándar: 5.06

5. **Marco de Discusión**

5.1 Variables sociodemográficas

El presente estudio, responde a la necesidad de generar nuevo conocimiento, para el cuidado de Enfermería, a través de la evaluación y el análisis de la CVRS, en el sujeto con arritmia ventricular, que recibe implante de cardiodesfibrilador. En los resultados encontrados en la literatura, se discuten diferentes posturas, en relación con el impacto positivo o negativo que ocasiona, para la CVRS del paciente dicho procedimiento.

En relación al género reportado para este estudio, se tuvo un predominio del género masculino, con el 65,06%, situación comparable, en diferentes investigaciones, donde se ha caracterizado la población con arritmia ventricular, receptora de cardiodesfibrilador (66,67); encontrándose una muestra con mayor participación del género masculino. Situación que se puede reflejar, gracias a la ampliación, en las indicaciones para el implante del dispositivo del ritmo cardiaco tipo cardiodesfibrilador implantable (CDI) en prevención primaria, donde se incluyen los pacientes post infarto (isquémicos) con afectación de la fracción de eyección (menor 35%), tomando en cuenta que La enfermedad cardiaca estructural y/o inflamatoria constituye el principal sustrato en la fisiopatología de la muerte cardiaca súbita (MCS) (68), Y que esta afecta principalmente a hombres, observándose una mayor incidencia y aumento considerable en el número de casos, a partir de los 50 años, con crecimiento exponencial a partir de los 70 (68). En las primeras edades, los hombres mueren mucho más que las mujeres pero a partir de los 70 años aumenta considerablemente la incidencia de casos en mujeres, debido esto a los cambios hormonales y al proceso de la menopausia (8).

En la literatura no se encuentra una postura única, en la relación que pudiera existir entre el género y la CVRS, para este estudio, se encontró un valor de P: 0.5 , no encontrándose diferencias estadísticamente significativas para el género, otros estudios, no siendo específicos de pacientes con arritmias, muestran alguna diferencia en el género, como el caso de López y portilla, que describen la diferencia en la calidad de vida, con relación al género en una población en enfermedad cardiaca e ictus,

encontrando "diferencias significativas entre mujeres y hombres en las dimensiones movilidad y actividades cotidianas (p = 0,016 y p = 0,005)" (69).

La edad es un factor de discusión en cuanto a su influencia en la CVRS para los pacientes con arritmia ventricular y más aún cuando reciben implante de CDI. Para el presente estudio, se obtuvo una media para la muestra de 60.97 años, con una mínima de 22 años y una máxima de 86 años; el valor de P para la edad en comparación con el puntaje final de calidad de vida fue P: 0,5. Lo que nos deja ver para el presente estudio, que no hubo diferencias estadísticamente significativas, y que la edad no fue un factor influyente para la calidad de vida. Sin embargo algunos estudios como el de, Rhodes and Murray (70), señalan una afectación mayor para la calidad de vida, en los pacientes más jóvenes con patología arrítmica, en comparación con los de mayor edad, influenciado principalmente por los cambios a nivel físico y psicológico (modificación de actividades de la vida diaria, depresión, ansiedad).

Muchas de las situaciones de cuidado y preocupaciones en relación con la patología arrítmica, recaen sobre las familias de los pacientes y/o cuidadores principales, y en especial sobre los conyugues, tratándose de una población adulta quien es la que recibe en mayor proporción el implante de cardiodesfibrilador como prevención de muerte súbita cardiaca. Es importante revisar siempre el contexto familiar de los pacientes, para entender y mejorar los resultados en el cuidado. Para este estudio el 44.58% de los pacientes, conviven con sus parejas, un porcentaje elevado, cercano a la mitad de la muestra, que es de vital importancia en el análisis de la influencia del implante de un CDI, sobre la calidad de vida del paciente, así como la influencia sobre su conyugue. A pesar de que en el presente estudio, no se evaluó la CVRS del conyugue, se hace importante revisar algunos resultados como el de Jenkins y Powell (71), quienes analizaron la CVRS en conyugues de pacientes con arritmia ventricular, que recibieron implante de CDI, encontrando una afectación en la calidad de vida del conyugue, casi a nivel del paciente, principalmente desde la sub escala física medida por el SF 36, evidenciado en la disminución de los puntajes durante los primeros 12 meses. En otro estudio Dougherty y Fairbanks (72) comparan la calidad de vida del conyugue con la del paciente, según hallazgos de este estudio, la calidad de vida de los pacientes fue comparable a la de sus conyugues, encontrándose un deterioro en el nivel físico, que mientras en los pacientes mejoro durante el primer año post-implante, en los conyugues permaneció estable, con leves cambios durante los 12 meses, las parejas informaron sentirse deprimidas (32%), incapacidad para mantenerse en el peso normal (28%), dolor muscular (24%), dolor de espalda (23%) y dolor de cabeza (19%).

En el estudio de la calidad de vida, es importante reconocer y dar un valor, a aquellos factores que de manera directa o indirecta, influencian los resultados en la CVRS, algunos modelos teóricos como ejemplo el propuesto por Schwartzmann (73) hacen alusión a como la percepción del individuo sobre

su estado de salud y calidad de vida, se ve influenciado por el sistema de valores y creencias del individuo así como de su contexto social y cultural, lo que guarda relación con el estado de conformidad del individuo con su condición física, estado emocional y su rol familiar y social. El contexto económico medido por el estrato, y entendiendo planteamientos como el de Schwartzmann, y el de Wilson Y Cleary (74), otros, quienes elaboran un modelo conceptual que pretende integrar y dar cabida a dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud, uno desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y otro, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general (contexto social, familiar y económico), nos deja ver la posible influencia de este, sobre la medición de la CVRS; para el presente estudio el 60.2% de la población se ubican entre los estratos 1 y 2, representando niveles socio económicos bajos, y en contra del planteamiento de Schwartzmann, para este estudio no se encontró una relación del puntaje de calidad de vida del paciente con su nivel de estrato económico representado en un valor de P: 0,7, sin embargo, es importante dentro del análisis y la comprensión del fenómeno ya que en la literatura , "algunos Estudios, como el realizado por Barrantes, evaluaron cómo el nivel socioeconómico afecta la medida de calidad de vida, en pacientes con enfermedades crónicas, En dicho estudio se encontró que el nivel socioeconómico revela un menor puntaje en la escala de calidad de vida"(75) lo que deja ver la relación entre la medida de CVRS y el contexto socioeconómico. Es decir, existe una asociación entre el contexto socioeconómico y la medida de CVRS, pero es importante mencionar que aunque exista relación entre la calidad de vida del paciente y su contexto socio económico, condiciones específicas de la patología y de la terapéutica representan una mayor asociación a la CVRS del paciente, como fue el caso del presente estudio.

Tener un dispositivo medico implantado, involucra para el paciente y su familia un proceso de aprendizaje para el desarrollo de los cuidados y la comprensión del funcionamiento del dispositivo, así como también, un proceso de adaptación a los cambios que se dan en la vida diaria del paciente una vez recibe el implante de un dispositivo, tipo CDI. Si se analizan estos cambios, desde la comprensión del individuo soportado sobre la base del nivel educativo y social de los pacientes, se da a inferir que aquellos que pertenecen a niveles socioeconómicos bajos se convierten en una población susceptible. Al contextualizar los resultados del presente estudio, en relación con los niveles socioeconómicos, a una realidad nacional, tendremos que muchos de los individuos que reciben un CDI, pertenecen a niveles socio educativos bajos, lo que predispone a la falta de información y educación, situación que se puede relacionar de manera directa o indirecta con los resultados en la CVRS.

5.2 Variables clínicas

Al indagar en los pacientes del presente estudio, si conocían o tenían información sobre su enfermedad, 56,63% afirmaron no conocer de qué se trata su enfermedad y que tratamientos podían recibir. Una realidad nada alejada de la situación de muchos pacientes y familiares, que reciben un CDI, y que no comprenden para que el paciente recibe este dispositivo. Mas puntualmente, cuando se indago a los participantes del estudio, "sabe cómo funciona o para qué sirve el dispositivo que le fue implantado", el 71,25% manifestó no saber cómo funciona o para qué sirve el dispositivo que les implantaron, un porcentaje bastante elevado y que refleja el diario vivir de muchos pacientes, en el territorio nacional, que pudieran percibir más como una carga o un problema el hecho de ser portadores de un CDI, y no como una ayuda, donde este dispositivo claramente puede ser la diferencia entre la vida y la muerte del paciente. Pero este no es solo un problema desde la perspectiva del paciente, si no también, desde el mismo sistema de salud, donde, no se dan la condiciones adecuadas (mayor tiempo de consulta médica, grupos de educación y apoyo interinstitucionales, educación a los profesionales de la salud en tecnologías CDI, programas de seguimiento a pacientes implantados), para la educación y formación del paciente que recibe un CDI y/o cualquier otro dispositivo médico.

"La educación debe favorecer el acceso a la información, el desarrollo de las habilidades para la vida, la identificación de posibilidades de elección saludables y la autonomía de los individuos y la comunidad para actuar en defensa de su salud" (76). Un paciente educado es un paciente empoderado, la educación es y será base del cuidado de Enfermería en todos los escenarios del desempeño profesional. A la pregunta que se realizó a los pacientes durante este estudio, si habían obtenido información y/o educación de su enfermedad y tratamiento de un médico, una enfermera u otro, 95,18% de los pacientes manifestaron haber recibido la educación e información acerca de su arritmia y tratamiento de parte de un médico, 9,64% de una enfermera y 3,61% de otros. Este resultado tan bajo en la educación del paciente con arritmia, propiciado por la enfermera y percibido por el paciente, deja ver una realidad de la práctica de Enfermería para el ámbito nacional en los escenarios de electrofisiología, donde el número de enfermeras formadas y que se desempeñen en el campo electrofisiológico y de estimulación cardiaca son pocas. En un artículo publicado en la revista española de cardiología se habla de cómo el personal de Enfermería y los técnicos médicos de alta cualificación y especializados son parte integrante del equipo de arritmias. "Las enfermeras pueden trabajar en los laboratorios de EF o dedicarse a la asistencia de los pacientes y la monitorización en las salas de arritmias o en clínicas ambulatorias. Las enfermeras que atienden a pacientes hospitalizados necesitan un conocimiento avanzado del diagnóstico diferencial de las arritmias, incluidas las características clínicas, los posibles riesgos y las opciones de tratamiento" (77), se necesitan enfermeras que entienda los

comportamientos de los pacientes con dispositivos de ritmo cardiaco, y generen nuevos conocimientos para el cuidado de Enfermería en este campo.

La falta de conocimientos de parte del paciente y el déficit de programas educativos, en el tratamiento con implante de CDI, afecta directamente la CVRS del paciente. Esta se ve reflejada en sentimientos de preocupación, expresados de parte de la persona una vez recibe el CDI. Dicha variable en relación con el puntaje final de CVRS tuvo un valor de P: 0.001 para el presente estudio, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas. La preocupación manifestada en el individuo, deja ver una afectación desde el ámbito psicológico, que influye en la experiencia del individuo; a la luz del modelo de calidad de vida de Wilson y Cleary (74), vemos la relacion del ambito psicologico que es comprendido dentro de las caracteristicas individuales y que influencian la percepcion del paciente, sobre una situacion de salud particular como es una arritmia cardiaca y/o implante de un CDI, y que afecta la calidad general de vida, esta se manifiesta en el cambio de conductas del individuo. Para el caso particular del presente estudio, 75% de los pacientes, cambiaron o dejaron de realizar actividades lúdicas, de esparcimiento o de trabajo, en comparacion para el periodo de antes y despues del implante del CDI.

Ahora bien, de que manera pudiera impactar la Enfermería a los resultados del paciente con arritmia ventricular, en la CVRS. En un estudio de Carlsson y Olsson (78), con un diseño cuasi experimental, pudieron darse que cuenta que con una atención dirigida y un seguimiento telefónico al paciente con implante de CDI, lograron que el grupo intervención tuviera mejorías en las alteraciones del sueño después de 1 mes en comparación con el grupo control (atención habitual) con diferencias estadísticamente significativas, afirman que Quizás por medio de un programa de educación, las enfermeras pueden lograr que los pacientes se sientan más seguros. En otro estudio Smeulders y Haastreg (79), encontraron que a través de un programa estructurado y dirigido por enfermeras entrenadas en electrofisiología, se pudo mejorar los resultados de los pacientes que recibieron implante de CDI evidenciado en la mejoría de los puntajes promedio en el seguimiento en la escala de calidad de vida , la cual se evaluó utilizando ocho de las nueve sub escalas de la 'Encuesta de salud de 36 ítems “SF36” , la mayor mejoría en los puntajes se dio en las sub escalas : física, funcionamiento social, limitaciones de rol debido a problemas físicos y dolor.

Como se ha discutido, diferentes factores están asociados a la percepción del individuo sobre su CVRS, en el contexto de un implante de un cardiodesfibrilador; el choque eléctrico producido por el dispositivo es uno de ellos, y que si bien es cierto, este en presencia de una arritmia maligna tipo taquicardia ventricular y/o fibrilación ventricular puede salvar la vida del paciente, también puede generar afectación del estado emocional del individuo (80). En este estudio el 17,50% de la muestra,

experimento uno o más choques durante el primer mes post-implante, el valor de P para este ítem en relación con la escala de calidad de vida final es de (P:0.02). encontrando un resultado estadísticamente significativo para la experiencia de uno o más choques eléctricos en el primer mes, otros estudios con periodos de seguimiento mayores y que no utilizaron escalas específicas de evaluación de CVRS en pacientes con arritmia, encontraron resultados similares evidenciando reducciones significativas en los dominios psicoespirituales y de salud, funcionamiento de la calidad de vida, con el instrumento SF36, de aquellos pacientes que sufrieron uno o más choques de dispositivo (81). Hermann y sus colaboradores (82) encontraron que aquellos pacientes que sufrieron una o más descargas del dispositivo, redujeron su funcionamiento físico con la esperanza de evitar actividades que pudieran desencadenar la descarga del dispositivo.

En el cuidado de los pacientes con arritmia, la evaluación de los síntomas, y la carga que estos pueden representar para la enfermedad, son parte fundamental de la comprensión del fenómeno de la CVRS del paciente con arritmia ventricular. La experiencia de los síntomas es una vivencia individual y que puede influir negativamente, en diferentes aspectos de la vida del paciente, por consiguiente pudiera llevar a un deterioro en la CVRS (83).

Una de las fortalezas del ASTA, es que dentro de su desarrollo y validación, los síntomas y más específicamente la carga de los síntomas, forman parte inseparable dentro del análisis y la evaluación del constructo de CVRS, lo que permite analizar el impacto de la arritmia, en la vida del paciente.

5.3 Carga de los síntomas y CVRS

Para la subescala de carga de los síntomas, se obtuvo una media de 8.18 puntos en la medición inicial del paciente con arritmia, y una media de 6.01 puntos para la medición final post-implante. Encontrándose una disminución en el puntaje, lo que traduce una mejoría en los síntomas del paciente con arritmia ventricular, después del implante de CDI, con un valor de P: 0.001 encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Pocos estudios, evalúan en los resultados del paciente con arritmia ventricular basado en los síntomas y la experiencia del paciente; y más aún cuando recibe implante de CDI, donde en los resultados más comunes se habla de mortalidad y de la pertinencia de los choques entregados por el dispositivo. Sin embargo, en estudios como el de Amiaz (84), se evaluaron síntomas psicopatológicos en el paciente con arritmia ventricular, se utilizaron las escalas de calificación de Hamilton para la depresión (HAM-D) y la ansiedad (HAM-A), La actitud del paciente hacia el dispositivo ICD se evaluó mediante una escala analógica visual (VAS), encontrándose puntajes más altos en la fase pre implante, en comparación con las mediciones posteriores al implante de CDI,

con una conclusión de que la implantación de CDI contribuye significativamente a la reducción de los síntomas psicológicos y físicos en el transcurso del tiempo, con una transformación de pensamientos positivos hacia el dispositivo CDI, la cual mejoró durante el seguimiento a un año. En otro estudio Balci (85), evaluó los beneficios percibidos de los pacientes con arritmia e implante de cardiodesfibrilador, medidos a través de las escalas del SF36, encontrando puntajes mas bajos en las escalas de función física, salud general, vitalidad en el paciente con arritmia pre implante, y puntajes mas altos en comparación con los otros grupos para los pacientes con implante de CDI. Como se ha visto diferentes estudios muestran algunos resultados positivos en el paciente con arritmia ventricular, medidos desde las escalas físicas y de funcionamiento, peinado (86), otro autor que apoya este planteamiento quien en una revisión de estudios clínicos, encontró para una muestra de 150 pacientes con arritmia ventricular ,que recibieron implante de CDI, mejorías en las escalas físicas y mentales del cuestionario SF 36, mostrando un beneficio para el paciente que recibe implante de CDI, medido desde los síntomas.

La evaluación de la carga de los síntomas, en los pacientes con arritmia ventricular es una gran fortaleza en la construcción de un modelo integral de atención a este tipo de pacientes, donde si bien es cierto, en muchos de los estudios donde se evalúa el impacto de estos síntomas en la experiencia del paciente, lo usual es que se utilicen escalas genéricas y no específicas, lo que dificulta tener resultados concluyentes, pero esta es una tarea en construcción, donde día a día con el avance de las ciencias y el interés de las disciplinas en los fenómenos que enfrentan los pacientes en su proceso de enfermedad, se constituyen nuevos modelos e instrumentos de valoración mucho más cercanos y específicos a la realidad de las personas y sus patologías.

Lo que para este estudio si es cierto, es que para los pacientes con arritmia ventricular, la carga de los síntomas representa un factor importante e influyente en la CVRS de los pacientes; encontrándose una afectación en un rango medio para la medición basal, con mejoría de 2 puntos en esta carga de los síntomas en la medición posterior al implante del cardiodesfibrilador, y es que si bien, el dispositivo CDI, contribuye al mejoramiento de ciertas variables fisiológicas en el ritmo cardiaco de los pacientes, también genera un refuerzo positivo a la sensación de seguridad y bienestar de algunos pacientes que perciben el dispositivo como un salvavidas y una extensión de sus vidas (87).

En la actualidad existe un gran interés en los resultados del paciente con arritmia ventricular medidos a través de la CVRS, esta evaluación se ha dado con diferentes metodologías de estudios clínicos, y con la aplicación de instrumentos generales que son en su gran mayoría, como instrumentos específicos que representan una minoría. A pesar de los diferentes resultados encontrados en los diferentes

estudios, lo cierto es que la arritmia ventricular tiene un impacto sobre la experiencia del proceso de enfermedad del paciente, muy diferente al de cualquier otra patología, y mas aun cuando estos reciben implante de CDI, de ahí la importancia de poder realizar estas mediciones con instrumentos específicos que acerquen a la disciplina a conocimientos mas aproximados del fenómeno.

Para la CVRS del presente estudio, se encontró con una medición basal o pre-implante que muestra una media de 10.97 puntos en la escala ASTA de CVRS de un total de 26 puntos , lo que deja ver de entrada una afectación en la calidad de vida del paciente con arritmia ventricular, y que está en relación directamente proporcional con la sub escala carga de los síntomas, donde de igual forma se encontraron puntajes en un rango medio de afectación en la carga y percepción del paciente sobre sus síntomas. De esto pudiéramos pensar que los síntomas son una variable muy importante e influyente en la CVRS del paciente, no siendo la única claro está, como se ha discutido en esta revisión, pero si representando un gran valor y quizás un predictor de CVRS. Lo que enriquece y deja ver las características métricas del instrumento ASTA.

Como se ha discutido, no existe una verdad absoluta cuando se habla de CVRS en el paciente con arritmia ventricular, que recibe implante de CDI, puesto que en la literatura no hay un consenso, y los resultados son variables; en algunos datos se habla de afectación y en otros de una calidad de vida desmejorada por la arritmia y que mejora con el implante del CDI. Lo cierto es que la misma arritmia como la terapéutica, con el implante de CDI, exponen al paciente a un cambio y una experiencia frente a una situación de salud particular, que en términos de medición y comprensión del fenómeno, los instrumentos específicos aportan una mayor validez y entendimiento de la situación del paciente, con la posibilidad de crear estrategias y programas de ayuda, mucho más integrales en el abordaje y adaptadas sobre la realidad del paciente con arritmia ventricular.

Para la medición de calidad de vida basal o pre-implante del paciente con arritmia ventricular, un puntaje mayor en la carga de los síntomas estuvo relacionado con una mayor afectación en la calidad de vida (p:0.001). La fibrilación auricular (FA) también fue otro factor que se relaciono con peores puntajes en la escala de calidad de vida (p: 0.003). Autores, como Wong (88), en un estudio con un diseño transversal en 139 pacientes con arritmia ventricular que recibieron implante de CDI, analizo los factores asociados a peores puntajes en la escala de calidad de vida, medida por el SF36, encontrando que la FA se asoció con peores puntajes en esta escala. En otro estudio Chair (89) analizo varias enfermedades coexistentes que pudieran estar asociadas con la mayor probabilidad de una menor CVRS entre los pacientes con arritmia ventricular, con resultados que muestran la influencia de enfermedades como la FA y la diabetes mellitus para peores puntajes en la CVRS del paciente con arritmia ventricular.

En el análisis de la CVRS para los pacientes con arritmia ventricular del presente estudio, podemos concluir que vivir con una arritmia cardiaca ventricular, afecta al individuo y su familia, por que expone a la persona, a una condición que modifica diferentes esferas del individuo (física, social, psicológica), lo que impacta directamente sobre la autoevaluación del individuo sobre su bienestar. La evaluación y el análisis de la CVRS en el paciente con arritmia ventricular es un paso importante en la comprensión del fenómeno, mas cuando se propende por brindar un cuidado que dé respuesta a las necesidades del individuo para mejorar su bienestar. En el presente estudio se identificó que la arritmia ventricular afecta la calidad de vida del paciente, y más cuando se asocia a diferentes factores. El implante de CDI como tratamiento en la prevención de muerte súbita de estos pacientes, pudiera afectar aún más la CVRS según el reporte de algunos estudios, sin embargo para esta investigación en la medición de CVRS post-implante (1 mes después), se obtuvo una media en el puntaje de 9.5 puntos, un puntaje inferior y que muestra una mejoría, en comparación con la media basal (pre-implante) que fue de 10.97 puntos. Con una diferencia estadísticamente significativa (p: 0.001),estudios como el de Tomzik (90) en una revisión sistemática, donde se evaluó la CVRS de pacientes con arritmia ventricular que recibieron CDI, encontraron que dos de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) incluidos en la revisión, informaron mejor calidad de vida en los pacientes con CDI en comparación con los pacientes con tratamiento médico (farmacológico), Los cuatro ECA restantes incluidos en la revisión, no observaron diferencias en la calidad de vida entre los grupos.

La CVRS estuvo relacionada con la carga de los síntomas en el paciente, esto es notable cuando hablamos que las dos mediciones pos implante disminuyeron, situación que se explica gracias a una mejoría en los síntomas de arritmia del paciente pos implante medidos a través de la sub escala carga de los síntomas, se encuentra frente a una relación que podría establecerse como directamente proporcional, ya que a mayor síntomas encontramos peor calidad de vida como el caso de la medición pre, y a menor síntomas mejor calidad de vida como ocurrió en la medición pos, sin descartar que existen otros factores asociados como se vio en la revisión de esta tesis. Apoyados desde el modelo conceptual de Wilson y Clearly (55) que son la base del instrumento ASTA, identificamos varios dominios como los "síntomas" que se refiere a las características físicas, emocionales y cognitivas percibidas por el individuo y que influencian la autopercepción de calidad de vida además del dominio de percepción general de salud, y que permite aclarar que a través de este modelo podemos identificar que una mejoría en los síntomas y una mejoría en la percepción general de salud pos implante de CDI se relaciono con una disminución en el puntaje de carga de los síntomas y de calidad de vida con la

consecuente mejoría en la CVRS y el bienestar del paciente. Lo cual es sustentable desde el modelo de Wilson y Clearly y los dominios que constituyen el auto concepto de CVRS en el individuo.

Si bien el resultado entorno a la CVRS del paciente con arritmia ventricular que recibe CDI no es concluyente, en relación con los múltiples resultados informados, en las revistas científicas. Cada día hay un acercamiento mayor a la comprensión del fenómeno, gracias a la utilización de instrumentos que son específicos para la evaluación de un constructo como la CVRS del paciente con arritmia ventricular.

5.4 Importancia de Enfermería en el cuidado de pacientes con arritmias

Enfermería como profesión y como disciplina se ha preocupado a lo largo de la historia por generar un impacto en el bienestar de los pacientes, entendiendo que el bienestar no es solo físico, ni la ausencia de enfermedad, es un conocimiento que involucra el desarrollo del individuo en el ámbito social, familiar y psicológico.

La CVRS es un concepto importante que necesita ser reconocido como un fenómeno de gran impacto en la vida de los pacientes, esta aporta valiosa información para el cuidado de Enfermería, si se toma en cuenta que la CVRS incorpora la percepción del paciente sobre su estado de salud. En el paciente con arritmia medir el impacto de la enfermedad y del mismo tratamiento con el implante de cardiodesfibrilador cobra importancia en la medida que podamos identificar los puntos de mayor afectación en el individuo. Las alteraciones psicológicas y sociales producto de la enfermedad y los síntomas modifican las conductas en el individuo y se hacen cada vez mas comunes en este tipo de pacientes, el miedo, sentimientos de enojo y tristeza son regularmente frecuentes en esta población, producto de las constantes hospitalizaciones, la alta mortalidad y en gran medida la carga de los síntomas, todos estos factores afectan la CVRS del individuo.

El profesional de Enfermería debe responder a las necesidades identificadas en el individuo con arritmia ventricular, con intervenciones de Enfermería en el campo psicosocial que generen un impacto y que mejoren la percepción del individuo sobre su estado de salud, tanto en etapas tempranas del pre-implante como en etapas post-implante. La educación es un pilar fundamental en el actuar de Enfermería para estos pacientes, existe un déficit de conocimientos en los pacientes con arritmias ventriculares para la etapa de enfermedad como en el tratamiento, que a su vez tiene un impacto sobre la CVRS. Esta necesidad puede ser resuelta desde la Enfermería con el diseño y ejecución de programas

de educación que busquen aportar a un mejoramiento en el bienestar psicosocial del individuo como en la CVRS, educación en el tratamiento farmacológico, educación en el tratamiento con cardiodesfibrilador, educación en la enfermedad y cuidado de complicaciones.
La evidencia científica favorece el actuar de Enfermería frente al campo del paciente con arritmia ventricular, Carlsson (98) en un estudio experimental comparo los resultados de los pacientes con arritmia ventricular, que reciben implante de cardiodesfibrilador, medidos a través de la CVRS, con dos grupos, uno que recibió atención habitual y otro grupo que recibió un programa dirigido de educación y acompañamiento de Enfermería ; encontrando que los pacientes que recibieron la atención estructurada de Enfermería, presentaron mejor adaptación y CVRS en la etapa pos implante con diferencias estadísticamente significativas. Demostrando el impacto que puede generar una intervención de Enfermería en esta población.

Una atención dirigida de Enfermería no solo impacta en resultados percibidos por los pacientes, otros estudios nos muestran como la atención del profesional de Enfermería con intervenciones estructuradas para poblaciones especificas como los pacientes de arritmia, dejan ver el potencial y el impacto del cuidado de Enfermería, Hendriks (99), en un estudio con un diseño experimental, con un grupo control y un grupo intervención en pacientes con FA, mostro como la atención y el cuidado de Enfermería dirigido en pacientes con fibrilación auricular en el grupo intervención, pudo mejorar los resultados clínicos y de mortalidad, encontrando El criterio de valoración principal, compuesto de hospitalización cardiovascular y muerte cardiovascular, ocurrió en el 14.3% en el grupo de atención dirigido por una enfermera, en comparación con el 20.8% en el grupo de atención habitual (HR 0.65, IC 95% 0.45–0.93, p = 0.017). La muerte cardiovascular se produjo en el 1,1% del grupo de atención dirigido por una enfermera, frente al 3,9% en el grupo de atención habitual (HR 0,28; IC del 95%: 0,09 a 0,85, p = 0,025). La hospitalización cardiovascular ocurrió en el 13,5% en el grupo de atención dirigido por una enfermera, en comparación con el 19,1% en el grupo de atención habitual (HR 0,66; IC del 95%: 0,46 a 0,96, p = 0,029). La adherencia a las guías clínicas fue significativamente mayor en el grupo de atención dirigido por enfermeras. Los investigadores concluyeron que la atención dirigida por enfermeras para pacientes con FA era superior a la atención habitual proporcionada por un cardiólogo en este contexto.

6. **Conclusiones y recomendaciones**

6.1 Conclusiones

El cuidado de Enfermería en el paciente con arritmia ventricular se convierte hoy día, en uno de los principales retos de la profesión de Enfermería en Colombia, evidenciado esto en el escaso personal capacitado y entrenado para brindar educación y cuidado a las personas con arritmia, que reciben tratamientos con implantes de dispositivos y/o tratamientos electrofisiológicos con ablación o radiofrecuencia. Se necesita entender y comprender el fenómeno, para poder dar respuesta a las necesidades y carencias en el bienestar del paciente.

La calidad de vida en la presente investigación tuvo una disminución en el puntaje promedio en la medición final en comparación con la inicial, lo que muestra mejoría en la CVRS, situación que es explicable ya que con el implante el paciente manifestó mejoría en síntomas evidenciado en la disminución del puntaje de la sub escala carga de los síntomas en la medición pos ,además de que el paciente manifestó mayor seguridad sobre el control de su arritmita lo que le permitió tener mayor interacción social con su medio externo y menos temor en que los síntomas de arritmia aparecieran nuevamente. Situación que pudiera potenciarse a través de intervenciones de Enfermería enfocadas en mejorar aspectos educativos del paciente con arritmia ventricular.

La evaluación de la CVRS en el paciente con arritmia aporta al ejercicio de la profesión y al crecimiento de la disciplina, permitiendo el desarrollo de nuevos conocimientos que puedan ser aplicados en el cuidado a los pacientes con problemas de arritmia cardiaca e implantes de dispositivos.

La arritmia cardiaca ventricular es una patología, que no solo afecta la parte física del individuo, también limita y compromete aspectos de la parte psicológica, social y emocional de la persona, situación que compromete directamente la CVRS. El reconocimiento de la CVRS del paciente con arritmia ventricular a través de su evaluación, con un instrumento especifico, aporta nuevos saberes, que son importantes, para el diseño e implementación de intervenciones, dirigidas a mejorar el bienestar de estos pacientes con patología arrítmica.

La Enfermería representa un papel muy importante dentro de la atención integral al paciente con arritmia, pero lastimosamente, esta no es una función aprendida para muchos profesionales de la Enfermería, que no cuentan con los conocimientos suficientes ni la experiencia para poder, aportar a la educación y al cuidado de este tipo de pacientes. En el presente estudio, solo el 9,64% de la población, identifico a la enfermera como la profesional que brindo educación en torno a la enfermedad y a su tratamiento, lo cual es preocupante, tomando en cuenta que, es la Enfermería la profesión líder en este campo de cuidado al paciente. Se necesita de mayores espacios académicos, y el diseño y aplicación de nuevas investigaciones en este campo, para ayudar a la formación y crecimiento profesional de la Enfermería en el campo de la electrofisiología.

La CVRS en el paciente con arritmia ventricular, medida con el ASTA, permitió identificar variables de relevancia en el desarrollo del fenómeno. Un puntaje inicial con una media en la medición de 10.97 puntos, muestra como la arritmia si afecta la CVRS del individuo. Con factores asociados que pueden empeorar esta afectación, como la presencia de fibrilación auricular y la expresión de preocupación en el individuo frente a la enfermedad. Para la medición posterior al implante de CDI un valor de 9.5 puntos en la escala, con un valor de (p:0.001) muestra diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones, al igual que una mejoría en la CVRS del paciente en el primer mes, post-implante. Lo cual es interesante para la comprensión del fenómeno, y el diseño y desarrollo de investigaciones a futuro que presenten periodos de seguimiento mayores.

El paciente con arritmia ventricular que recibe implante de cardiodesfibrilador, es un individuo que carece de los conocimientos necesarios, para comprender y entender su situación de salud, lo que en muchos casos, los lleva a expresar sentimientos de frustración y preocupación por su bienestar. Muchos de estos pacientes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos con niveles básicos de educación, lo que agudiza aún mas la situación. La educación a estas personas y las intervenciones dirigidas a mejorar la CVRS, partiendo de que hay una afectación de esta por la arritmia, pueden contribuir al mejoramiento del bienestar de estos pacientes, acciones que pueden y deben ser dirigidas, desde la Enfermería.

Se necesita de mas trabajos de investigación que profundicen en el constructo y avancen en otras metodologías y diseños de estudios clínicos que permitan un mayor acercamiento y comprensión del fenómeno de la CVRS del paciente con arritmia ventricular.

6.2 Recomendaciones

Al concluir la presente investigación, y con el acercamiento que se realizó a esta población, al igual que con los resultados encontrados, se plantean las siguientes recomendaciones:

A nivel asistencial:

1. El profesional de Enfermería debe reconocer en el individuo con arritmia ventricular, un sujeto que es susceptible a presentar alteraciones en la CVRS. Y frente a esto debe identificar aquellos factores que se asocian con mayor riesgo a presentar mayores alteraciones en la CVRS.
2. Las instituciones deben procurar por facilitar espacios académicos, que brinden un crecimiento al personal de Enfermería, a través de la capacitación en temas que son importantes para la práctica, como el cuidado a pacientes con arritmias y dispositivos de ritmo cardiaco.
3. A nivel asistencial se hace necesario estandarizar un instrumento de evaluación de CVRS en el paciente con arritmia, que permita evaluar las intervenciones que desde el cuidado de Enfermería se brindan a este tipo de pacientes.

A nivel investigativo:

Es necesario que la disciplina siga avanzando en la comprensión del fenómeno a través del desarrollo de nuevas investigaciones, que incorporen metodologías de tipo experimental, con el uso de instrumentos específicos y periodos de seguimiento de mayor, que permitan tener un mayor acercamiento al fenómeno en el paciente con arritmia ventricular.
Se necesita de un mayor apoyo de las instituciones que manejan pacientes con arritmia, facilitando espacios y permisos, que permitan el libre desarrollo de las investigaciones, y de esta manera el poder generar nuevo conocimiento que fortalezca la práctica del profesional de Enfermería.

A nivel de formación universitaria:

Es de vital importancia que desde la universidad en los programas de pregrado y posgrado, se incluyan cátedras de formación que avancen en conocimientos propios del fenómeno de la CVRS de los pacientes con arritmia, ya que durante la práctica, los profesionales de Enfermería van a desempeñar labores de cuidado sobre estos pacientes, y van a tener que enfrentar todo el proceso fisiopatológico y de tratamiento de estas personas , incluido el implante de dispositivos tipo cardiodesfibrilador, y solo el

conocimiento sobre estas terapias, les va permitir tener un mejor desempeño e impacto sobre la educación y el bienestar del paciente.

El área de electrofisiología es un campo nuevo para Enfermería, que necesita desarrollarse cada vez más, y se necesita del apoyo de las universidades, como claustros de formación de profesionales, para el crecimiento de esta área en la práctica de Enfermería.

Anexo A. Aval comité de ética universidad nacional

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Bogotá, 23 de agosto de 2017

[**AVAL-036 -17**]

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 14 de agosto de 2017 - Acta 11, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación del programa de Maestría en Enfermería, titulado **"calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con arritmia ventricular una medición con el ASTA, en dos momentos"** realzando los ajustes sugeridos en el formato anexo.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana

ARIO
COLOMBIA

Anexo B: Autorización de instituciones de salud para realizar investigación

idime
Instituto de Diagnóstico Médico S.A.
www.idime.com.co

Bucaramanga, 28 de febrero de 2017

Señor:

Jefferson Vanegas Rueda,

Estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular.

Universidad nacional de Colombia.

Por medio de la presente, quiero presentar mi autorización, para que usted desarrolle su proyecto de investigación de tesis de maestría, con los pacientes de arritmia ventricular, atendidos en nuestro servicio de electrofisiología, del instituto de diagnóstico médico S.A (IDIME) de la ciudad de Bucaramanga. Entendiéndose, que se trata de un estudio observacional, con medición de la calidad de vida en dos momentos con un instrumento especifico (ASTA), y que esto no representa ningún tipo de riesgo para nuestros pacientes. Es de aclarar que la participación de los pacientes en el estudio debe ser totalmente voluntaria y esta no debe tener ningún tipo de compensación ni retribución para los participantes, ni ninguna falta o consecuencia para los pacientes que decidan retirarse de la investigación.

Solicito mantenerme informada frente al avance, durante el desarrollo de su proyecto de investigación, así como los resultados obtenidos en él.

Att:

Ana Lucia Carvajal

Médica Cardióloga, electrofisiologa

Jefe del servicio de electrofisiología IDIME

fundación cardiovascular de colombia

Floridablanca, Santander, 20 de Junio de 2017

Enfermero
JEFFERSON VANEGAS RUEDA
Universidad Nacional de Colombia

Asunto: proyecto "CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ARRITMIA VENTRICULAR UNA MEDICION CON EL ASTA, EN DOS MOMENTOS"

Respetado Jefe Jefferson,

Con la presente nos permitimos dar respuesta al sometimiento de su solicitud enunciada en el asunto, registrada en acta No.120 de 2017.

El Comité Técnico Científico de la Fundación Cardiovascular de Colombia –FCV (CTC-FCV) de manera conjunta, manifestó lo siguiente.

DECISIÓN TOMADA:

- *En consenso de los asistentes con voz y voto* ***SE APRUEBA*** *la realización del protocolo sometido a ésta sesión y se realizan las siguientes observaciones para que sean implementadas:*
  - Solicitar por escrito carta a la Universidad Nacional en la que le designen el rol respectivo a la participación en este proceso del Dr. Carlos Quiróz (es cotutor o asesor?, o tutor principal?)
  - El presente proyecto será vinculado al grupo de investigación en Ciencias Cardiovasculares de la FCV.
  - Revisar la redacción y ortografía en el documento
  - Colocar como un criterio de inclusión que el paciente acepte y firme el consentimiento informado.
  - Al finalizar el proyecto deberá entregar la base de datos recolectada con la información de los pacientes de la FCV a la Dirección de Investigaciones.
  - En todos los productos que resulten de este estudio y con la información de la FCV se espera que haya el debido reconocimiento institucional.

Cordialmente,

ANDERSON BERMON
Miembro CTC-FCV

Anexo C: ASTA versión en español

ASTA

(Cuestionario específico en taquicardia y arritmia)

Síntomas específicos de arritmia y calidad de vida relacionada con la salud en relación con la alteración del ritmo cardiaco ventricular

Vivir con perturbación del ritmo cardiaco (arritmia cardiaca) afecta a las personas en distintas formas. Si usted se va a someter o ya se ha sometido a tratamiento por algún tipo de arritmia cardiaca, le solicitamos que por favor diligencie este cuestionario. Su arritmia cardiaca se manifiesta con malestar persistente o ataques, tales como palpitaciones, fibrilación auricular, aleteo auricular o latidos cardiacos ventriculares frecuentes.

Independientemente del tipo de arritmia que usted tenga, todos los tipos de complicación del ritmo cardiaco que aparezcan en este cuestionario tendrán un nombre.

ARRITMIA CARDIACA

El cuestionario ASTA tiene como fin establecer tanto los síntomas de su arritmia como la forma en que afectan su vida y su salud.

Para la persona que llena el cuestionario ASTA:

Además de responder a las preguntas acerca de su arritmia, nos gustaría que respondiera algunas preguntas adicionales:

1. Usted es:
Hombre ____ mujer ____

2. Cuál es su edad en años: ____

3. ¿Actualmente con quien vive? (puede escoger más de una opción):
- Solo(a) ___
- Con mi esposa/esposo/compañero(a) ____
- Con mis hijos____
- Otros _____

4. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha completado?:

- Básica primaria ____
- Secundaria ____
- Universitario ____

5. ¿cuál es su principal ocupación y/o actividad económica?

_____

6. ¿a qué estrato socioeconómico pertenece?

1 __ 2 __ 3__ 4__ 5__ 6__

7. ¿aparte de la arritmia ventricular que se le diagnóstico, sufre usted de fibrilación auricular otra forma de arritmia pero de las aurículas?

Si____ no____

8. ¿Cuál es la fracción de eyección de su corazón, según su último ecocardiograma realizado?

_____

9. ¿qué número de medicamentos toma actualmente para el tratamiento de sus enfermedades?

1 ___ 2 ___ 3___ 4___ 5 ___ más de 5 ___

10. ¿usted fumo o ingirió bebidas alcohólicas con alguna regularidad en los dos últimos años?

Si ____ no ____

11. ¿En el último año ha tenido que ser hospitalizado, por causa de algún problema en su corazón? Si su respuesta es si, por favor responda cuantas veces:

Si ____ no ____ número de veces: _____

12. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron su arritmia cardiaca?

_____

13. ¿en el último año, cuantas veces ha tenido que asistir a urgencias por causa de su enfermedad del corazón?

_____

14. ¿Tiene usted conocimiento acerca de su enfermedad y de los posibles tratamientos que puede recibir?

SI _____ NO_____

15. ¿La educación e información acerca de su arritmia cardiaca ventricular, usted la ha recibido por parte de '? (puede señalar varias opciones)

Medico _____ Enfermera_____ otros (si señala esta opción escriba cuales) _____

ASTA PARTE I

Vivir con arritmia afecta a las personas de diferentes maneras. Por medio de las siguientes preguntas, nos gustaría que describiera su experiencia. Escoja la alternativa que mejor corresponda a su situación.

16. ¿cuándo sintió la arritmia cardiaca por última vez? (escoja solo una alternativa).

- hace menos de una semana _____

- Hace menos de un mes _____

- Entre 1 mes y menos de 3 meses_____

- Entre 3 meses y menos de 6 meses_____

- Entre 6 meses y menos de 12 meses_____

- Hace más de 12 meses_____

17. ¿está tomando algún medicamento para controlar la arritmia?

Si ____ no ____

- Si su respuesta fue si, por favor escriba que medicamentos está tomando para controlar la arritmia:
  _____

ASTA PARTE II – Síntomas específicos de arritmia

Las arritmias pueden variar en frecuencia, duración y síntomas, al responder las siguientes preguntas, nos gustaría que usted describiera su experiencia escogiendo la alternativa que mejor describa su situación.

Pregunta 1.

Cuando le da la arritmia cardiaca, ¿cuánto tiempo le dura? (por favor elija una alternativa).

- Menos de una hora ____
- De una hora a menos de 7 horas ____
- De 7 horas a menos de 24 horas ____
- De 24 horas a menos de dos días ____
- 2 días a 7 días ____
- Más de 7 días ____

Pregunta 2.

¿Cuánto ha sido el tiempo más largo que usted ha sentido la arritmia cardiaca? (por favor elija una alternativa).

- Menos de una hora ____
- De una hora a menos de 7 horas ____
- De 7 horas a menos de 24 horas ____
- De 24 horas a menos de dos días ____
- De 2 días a 7 días ____
- Más de 7 días ____

Pregunta 3.

¿Cuántas veces ha sentido la arritmia cardiaca en los últimos 3 meses? (por favor elija una sola alternativa).

- Ninguna ____
- Menos de 5 veces ____
- Entre 5 y 15 veces _____
- Entre 16 y 30 veces ____
- Más de 30 veces (pero no diariamente) ____
- Tengo arritmia persistente ____

Pregunta 4.

¿Usted ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante la arritmia cardiaca? (puede escoger más de una alternativa).

- Palpitaciones rápidas del corazón ____
- Palpitaciones cardiacas desordenadas ____
- Palpitaciones cardiacas más fuertes de lo normal ____
- Sensación de que el corazón se detiene en un instante ____

Pregunta 5.

¿La arritmia cardiaca se presenta en momentos específicos? (por ejemplo: durante el ejercicio, ingesta de bebidas o comidas, estrés)

Si ____ no ____

Pregunta 6.

¿Qué otros síntomas tienen usted durante la arritmia cardiaca?

a. Falta de aire durante la actividad física

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

b. Falta de aire en reposo

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

c. Mareos

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

d. Sudor frio
(Palidez, frio, sudoroso)

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

e. Debilidad/ fatiga

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

f. Cansancio

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No ____

g. dolor en el pecho.

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

h. presión o malestar en el pecho

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

i. preocupación o ansiedad

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 7.

¿Alguna vez ha sentido que se va a desmayar durante la arritmia cardiaca?

Sí ____ No ____

Pregunta 8.

¿Alguna vez se ha desmayado durante la arritmia cardiaca?

Sí ____ No ____

ASTA PARTE III – CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Esta parte del cuestionario está relacionada en como la arritmia cardiaca afecta su vida diaria. Escoja la alternativa que mejor corresponda a su situación, si usted siente que no sabe si su arritmia afecta el aspecto de su vida sobre el cual se le pregunta, le recomendamos que responda no.

Pregunta 1.

¿La arritmia cardiaca no lo deja trabajar, estudiar o realizar las actividades cotidianas que Quisiera?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 2.

¿Debido a la arritmia cardiaca dedica menos tiempo a sus familiares y amigos más cercanos de lo que le gustaría?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 3.

¿Debido a la arritmia cardiaca dedica menos tiempo a sus conocidos de lo que le gustaría?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 4.

¿Usted evita planear cosas que le gustaría hacer, por ejemplo viajar o actividades de esparcimiento, debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 5.

¿La arritmia cardiaca ha disminuido su capacidad física?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 6.

¿Su habilidad para concentrase ha disminuido debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 7.

¿Se siente bajo de ánimo o triste debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 8.

¿Se siente irritado o enojado debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 9.

¿Tiene problemas para dormir por la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 10.

¿Su vida sexual se ha afectado por la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____

- No _____

Pregunta 11.

¿Tiene miedo de morir debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 12.

¿Su vida se ha deteriorado debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Pregunta 13.

¿Se siente preocupado de que los síntomas vuelvan a aparecer durante el tiempo que usted no experimenta la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho _____
- Si, en cierta medida ____
- No _____

Bibliografía

1. Ulla, W., Anna, S., & Årestedt, K. Development and validation of an arrhythmia-specific scale in tachycardia and arrhythmia with focus on health-related quality of life. *Journal of Cardiovascular Nursing* (2015), *30*(2): 98-108. disponible en: http://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2015/03000/Development_and_Validation_of_an.5.aspx [Citado el 10 de febrero de 2017]

2. Dunbar, S. B., Funk, M., Wood, K., & Valderrama, A. L. Ventricular dysrhythmias: nursing approaches to health outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing* (2004), *19*(5), 316-328. Disponible en: http://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2004/09000/Ventricular_Dysrhythmias__Nursing_Approaches_to.7.aspx [Citado el 10 de febrero de 2017]

3. World Health Organization. Population-Wide Prevention & Control Approaches to CVDs (2007). Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1948&Itemid=259. [Citado el 10 de febrero de 2017]

4. Ministerio de salud. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes (2014). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx [Citado el 12 de febrero de 2017]

5. Organización mundial de la salud. Las 10 causas principales de muerte en el mundo (2012). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html. [Citado el 12 de febrero de 2017]

6. Rodríguez-Reyes, H., Muñoz Gutiérrez, M., Márquez, M. F., Pozas Garza, G., Asensio Lafuente, E., Ortíz Galván, F. & August, V. Muerte súbita cardiaca. Estratificación de riesgo, prevención y

tratamiento. Archivos de cardiología de México (2015), 85(4), 329-336. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402015000400329 [Citado el 12 de febrero de 2017]

7. American Heart Association (AHA). Heart Disease and Stroke Statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation (2012) 125, e2 –e220. Disponible en: http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1105564 [Citado el 12 de febrero de 2017]

8. Melgarejo E. Revista de Cardiología, U. W. G. C. (2011). Arritmias Ventriculares y Muerte Súbita. Rev Col Cardiol, 18(s1), 63-70. Disponible en: http://www.revcolcard.org/assets/revista/VOL18-SUPL1-2011.pdf. [Citado el 12 de febrero de 2017]

9. Bardy, G. H., Lee, K. L., Mark, D. B., Poole, J. E., Packer, D. L., Boineau, R., & McNulty, S. E. Amiodarone or an implantable cardioverter–defibrillator for congestive heart failure. *New England Journal of Medicine* (2005), *352*(3), 225-237. Disponible en: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa043399#t=article [Citado el 12 de febrero de 2017]

10. Bourke J., Hallas C., Clark-Carter D., White D. & Connelly D. The psychosocial impact of the implantable cardiovascular defibrillator: a meta-analytic review. British Journal of Health Psychology (2003), 8(2), 165–178. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/135910703321649141/full. [Citado el 12 de febrero de 2017]

11. Vacca M. Guías colombianas de electrofisiología cardiovascular, recomendaciones clínicas y niveles de evidencia. Revista colombiana de cardiología. (2011) VOLUMEN 18 SUPLEMENTO 3, pag 209. Disponible en: http://www.revcolcard.org/assets/revista/VOL18-SUPL3-2011.pdf [Citado el 12 de febrero de 2017]

12. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* (2003), *9*(2), 09-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&scr. [Citado el 12 de febrero de 2017]

13. Spiraki, C. Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Prezerakos, P., & Maniadakis, N. Health-related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a cardiology department of a secondary urban hospital in Greece. *Hellenic J Cardiol* (2008), *49*(4), 241-7. Disponible en: http://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2008/4/2008_4_241.pdf [Citado el 12 de febrero de 2017]

14. Urzúa, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile* (2010), *138*(3), 358-365. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017 [Citado el 12 de febrero de 2017]

15. Jiménez, B. M., & Gómez, C. X. Evaluación de la calidad de vida. In Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (1996). 38 (pp. 1045-1070). Disponible en: http://uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf [Citado el 12 de febrero de 2017]

16.Vinaccia, S., & Quiceno, J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: avances de la disciplina*, (2012), *6*(1), 123-136. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf [Citado el 12 de febrero de 2017]

17. Dunbar, S. B., Funk, M., Wood, K., & Valderrama, A. L. Ventricular dysrhythmias: nursing approaches to health outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, (2004). *19*(5), 316-328. Disponible en: http://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2004/09000/Ventricular_Dysrhythmias__Nursing_Approaches_to.7.aspx [Citado el 18 de febrero de 2017]

18. Ortiz, Z. E., & Pueyrredón, C. E. calidad de vida relacionada con la salud'. *Bol AN Med*, (2000) *78*, 119-129. Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2000/Calidad_vida_relacionada_salud_2000.pdf [Citado el 18 de febrero de 2017]

19. Peralta, González. calidad de vida relacionada con la salud desarrollo, conceptos y evaluación en pacientes con arritmias cardíacas. Revista de Enfermería. (2015) *Vol. 17 No. 4 octubre – diciembre.*

Disponible en: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve174/calidad-vida/ [Citado el 18 de febrero de 2017]

20. Camarero, A. R. A., Cobo, J. L., Mancebo, N., Laso, R. S., & Antolín, V. O. Calidad de vida en personas portadoras de desfibriladores implantables. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (2005) (34), 38-41. Disponible en: http://Dialnet-CalidadDeVidaEnPersonasPortadorasDeDesfibriladores-2331684.pdf [Citado el 18 de febrero de 2017]

21. McDonough, A. The experiences and concerns of young adults (18–40 years) living with an implanted cardioverter defibrillator (ICD). European Journal of Cardiovascular Nursing, (2009) 8(4), 274-280. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.ejcnurse.2009.03.002 [Citado el 18 de febrero de 2017]

22. Guyatt, G. H., & Cook, D. J. Health status, quality of life, and the individual. *Jama*, (1994) *272*(8), 630-631. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8057520 [Citado el 18 de febrero de 2017]

23. Gómez, M., & Sabeh, E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. (2001) Disponible en: https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm. [Citado el 18 de febrero de 2017]

24. Gordon, J. El desafío de la epidemiología. *Publicación científica OPS* (1998) *500*, 10-12. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n1/art02.pdf [Citado el 18 de febrero de 2017]

25. Torres, a., & Sanhueza, O. Modelo estructural de Enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y Enfermería* (2006). *12*(1), 9-17. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000100002 [Citado el 18 de febrero de 2017]

26. Tuesca Molina, R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Revista Científica Salud Uninorte, (2012) 21. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81702108 [Citado el 18 de febrero de 2017]

27. Asociación Española De Enfermería En Cardiología, AEEC. Grupo de trabajo de Enfermería en electrofisiología y estimulación cardiaca. En: AEEC, grupos de trabajo. Madrid España (2007). Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/electrofisiologia/index.htm 28.[Citado el 18 de febrero de 2017]

29. Durán de Villalobos, María Mercedes. Marco epistemológico de la Enfermería. Aquichan, [S.l.], v. 2, n. 1, mayo 2009. ISSN 2027-5374. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>. [Citado el 18 de febrero de 2017]

30. Organización Mundial de la Salud informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (2015). disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/

31. Walfridsson, U., & Walfridsson, H. The impact of supraventricular tachycardias on driving ability in patients referred for radiofrequency catheter ablation. Pacing and clinical electrophysiology, 28(3), 191-195. (2005) Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-8159.2005.09753.x/abstract

32. Vinaccia, S., & Quiceno, J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: avances de la disciplina*, *6*(1), 123-136. (2012). Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf

33. Funk, M., Wood, K., Valderrama, A. L., & Dunbar, S. B. (2007). Supraventricular dysrhythmias: nursing research to improve health outcomes. Journal of Cardiovascular Nursing, 22(3), 196-217. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17545823

34. Wong, F. M. F., Sit, J. W. H., Wong, E. M. L., & Choi, K. C. Factors associated with health-related quality of life among patients with implantable cardioverter defibrillator: identification of foci for

nursing intervention. Journal of advanced nursing, 70(12), 2821-2834 (2014). Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.ejcnurse.2009.03.002

35. McCabe, P. J., Schumacher, K., & Barnason, S. A. Living with atrial fibrillation: a qualitative study. Journal of Cardiovascular Nursing, 26(4), 336-344 (2011). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21263348

36. Hendriks, J. M., Vrijhoef, H. J., Crijns, H. J., & Brunner-La Rocca, H. P. (2014). The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation. Europace, 16(4), 491-499. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24058179

37. Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México*, *44*(5), 448-463. (2002) Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n5/14035.pdf

38. Peinado, R., Martín, A., Torrecilla, E. G., Laguna, P., Ormaetxe, J., & Suero, C. Manejo de los pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable en los servicios de urgencias hospitalarias. emergencias, 17, 180-96. (2005). Disponible en: http://secardiologia.es/images/stories/file/arritmias/publicaciones-arritmias-manejo-paciente-dai-urgencias.pdf

38. Martínez Pérez, M., Alba Pérez, L. D. C., & Sanabria Ramos, G. Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 26(1), 0-0 (2010). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100016

39. Valencia hernandez C. et al. Informe técnico del observatorio nacional de salud. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia (2015). disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf. Consultado el 20 de noviembre de 2016.

40. Meeberg, G. A. Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, *18*(1), 32-38. (1993) Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8429165

41. Nanda, U., & Andresen, E. M. Health-Related Quality of Life A Guide for the Health Professional. *Evaluation & the health professions*, *21*(2), 179-215. (1998) Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/10183344/

42. Badía, X., & Lizán, L. Calidad de vida: definiciones y conceptos. *Calidad de vida en neurología*, 3-18 (2006). Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf

43. Berzon, R. A. Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. *Quality of life assessment in clinical trials*, 3-12. (1998) Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302201/

44. Consiglio, E., & Belloso, W. H. Nuevos indicadores clínicos: La calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina*, *63*(2), 172-178 (2003). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802003000200014&script=sci_abstract&tlng=es

45. WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.*Social science & medicine*, *41*(10), 1403-1409. (1995) Disponible en : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308

46. PATRICK, D., Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York. (1993). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866375/

47. Shumaker, S. A., & Berzon, R. A. (Eds.). The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement, and analysis. Rapid communications. (1995) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017

48. Croog, S. H. Current issues in conceptualizing and measuring quality of life. Quality of Life Assessment: Practice, Problems, and Promise. (1993). Disponible en: https://academic.oup.com/jpepsy/article/21/2/175/866562/Assessment-of-Health-Related-Quality-of-Life-in

49. Bailey, C. B. Testing an Asthma quality of life model. Journal of theory construction & testing, 5(2), 38. (2001). Disponible en: http://search.proquest.com/openview/4da5032101b9e388b397b475f2733f20/1?pq-origsite=gscholar&cbl=11511

50. Echteld, M. A., van Elderen, T., & Leo, J. T. Modeling predictors of quality of life after coronary angioplasty. Annals of Behavioral Medicine, 26(1), 49-60. (2003). Disponible en: http://search.proquest.com/openview/8c0fe5e59621eeb4cdc5b0d98ec34656/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

51. Álzate, Z., & Johanna, LCapacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida de las personas que tienen dispositivos cardiacos implantables (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia). (2013) disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/43053/

52. Ayuso-Mateos, J. L., Salvador-Carulla, L., & Chisholm, D. Medida de la calidad de vida en el análisis económico de la atención a la salud mental. Actas Españolas de Psiquiatría, 34(1). (2006) Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11399287&AN=22762014&h=Z7UnMs7yVpcd7%2bBQ5Z%2bzFXMeZ77bB8DpGSkF%2fvmBPo0q%2bQw1hncytVJXApkMAB%2f1gnUMS0ziPCZ%2bwK%2fPseVZ5A%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d11399287%26AN%3d22762014

53. Peralta Linares, Y. A. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del instrumento ASTA (Arrhythmia-Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia) (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia–Sede Bogotá). (2016) disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/55943/

54. Dapueto Prieto, J. J. Calidad de vida: marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas. *Biblioteca Plural;* (2012) Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/6314/1/dapueto_pdf.pdf

55. Wilson, I. B., & Cleary, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. Jama, 273(1), 59-65. (1995). Disponible en: http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/385444

56. Espinoza Venegas, M., & Valenzuela Suazo, S. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. *Revista Cubana de Enfermería*, *27*(2), 141-150. (2011). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n2/enf06211.pdf

57. Ministerio de Salud. Resolucion 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas cientifico tecnicas y administrativas para la investigacion en salud. Colombia (1993)

58. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. Metodología de la investigación. México, DF. (2010).

59. Hernández-Avila, M., Garrido, F., & Salazar-Martínez, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. Salud pública de México, 42(5), 438-446. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-3634200000050001

60. Triviño, Zaider G., and Olivia Sanhueza. "Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y Enfermería." *Aquichan* 5.1 (2005): 20-31. disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003

61. Friedmann, E., et al. "Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators." *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology* 17.1 (2006): 65-72. disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s10840-006-9053-1

62. Akintade, Bimbola Fola, et al. "The influence of depression and anxiety symptoms on health-related quality of life in patients with atrial fibrillation and atrial flutter." *Journal of Cardiovascular Nursing* 30.1 (2015): 66-73. disponible en: https://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2015/01000/The_Influence_of_Depression_and_Anxiety_Symptoms.11.aspx.

63. Lane, Deirdre A., et al. "Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation." *Journal of psychosomatic research* 66.3 (2009): 203-210. disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239990800487X

64. Jenkins, Louise S., et al. "Partner quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial." *Journal of cardiovascular Nursing* 22.6 (2007): 472-479. disponible en: https://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2007/11000/Partner_Quality_of_Life_in_the_Antiarrhythmics.10.aspx

65. Rassin, Michal, Lia Zilcha, and Dalia Gross. "'A pacemaker in my heart'–classification of questions asked by pacemaker patients as a basis for intervention." *Journal of clinical nursing* 18.1 (2009): 56-62. disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2008.02432.x

66. Arango Franco, Ricardo, et al. Falla cardíaca avanzada en pacientes tratados con dispositivos electrofisiológicos en una unidad de electrofisiología, Pereira (Colombia). *Investigaciones Andina*, 2014, vol. 16, no 28, p. 978-988. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-81462014000100010 [citado el 14 de mayo de 2018]

67. Corrado, Domenico, et al. Implantable cardioverter-defibrillator therapy for prevention of sudden death in patients with arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia. *Circulation*, 2003, vol. 108, no 25, p. 3084-3091. Disponible en: http://circ.ahajournals.org/content/108/25/3084.short [citado el 14 de mayo de 2018]

68. Ochoa Montes, LA. et al. Muerte súbita cardiovascular: un desafío permanente para los sistemas de salud. En *Cuba Salud 2018*. 2018. Disponible en: http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/connvencionsalud/2018/paper/viewFile/2062/971 [citado el 14 de mayo de 2018]

69. López Espuela, F., Portilla Cuenca, J. C., Leno Díaz, C., Párraga Sánchez, J. M., Gamez-Leyva, G., & Casado Naranjo, I. Diferencias de género en la calidad de vida a largo plazo tras un ictus: influencia del estado funcional y el estado de ánimo. Neurología (2017). disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531730347X [citado el 14 de mayo de 2018].

70. Rhodes, A. C., Murray, B, et al. Quality of life metrics in arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy patients: The impact of age, shock and sex. International Journal of Cardiology, (2017). 248: 216–220. Disponible en: https://www-scopus-com.ezproxy.unal.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85027524272&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=quality+of+life+and+cardioverter+and+age+young&st2=&sid=5638ba6397f982001da37adf4fa2684a&sot=b&sdt=b&sl=61&s=TITLE-ABS-KEY%28quality+of+life+and+cardioverter+and+age+young%29&relpos=2&citeCnt=0&searchTerm= [citado el 14 de mayo de 2018]

71. Jenkins, L. S., Powell, J. L., et al. S. Partner Quality of Life in the Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators Trial. The Journal of Cardiovascular Nursing (2007). 22(6): 472–479. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1097/01.jcn.0000297378.98754.06 [citado el 15 de mayo de 2018]

72. Dougherty, C. M., Fairbanks, A. M., et al. Comparison of patient and partner quality of life and health outcomes in the first year after an implantable cardioverter defibrillator (ICD). Journal of Behavioral Medicine (2015). 39(1): 94–106. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1007/s10865-015-9671-0 [citado el 15 de mayo de 2018]

73. Torres, Alexandra, And Sanhueza, Olivia. "Modelo estructural de Enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad." *Ciencia y Enfermería* 12.1 (2006): 9-17. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v12n1/art02.pdf [citado el 1 de junio de 2018]

74. Castellvi, Pere, Montse Ferrer, and Jordi Alonso. "Resultados percibidos por los pacientes en investigación: definición, impacto, clasificación, medición y evaluación." *Med Clin (Barc)* (2013). 141.8: 358-365. Disponible en: http://www.se-fc.org/gestor/images/icbdigital/icb87.pdf [citado el 1 de junio de 2018]

75. Romero Prada, Martin Emilio, et al. *Factores socioeconómicas y calidad de vida: un análisis multinivel*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá. [citado el 1 de junio de 2018]

76. De Vincezi, Ariana, and Fedra Tedesco. "La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad." *Revista Iberoamericana de Educación* (2009) 49.7: 5.

Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3116567 [citado el 10 de junio de 2018]

77. Kuck, Karl-Heinz, Erik Wissner, and Andreas Metzner. "¿Cómo crear una unidad de arritmias en el siglo XXI?" *Revista Española de Cardiología* (2012) 65.1: 92-96. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893211008323 [citado el 13 de junio de 2018]

78. Carlsson, E., Olsson, S. B., & Hertervig, E. The Role of the Nurse in Enhancing Quality of Life in Patients with an Implantable Cardioverter-Defibrillator: The Swedish Experience. Progress in Cardiovascular Nursing (2002) 17(1): 18–25. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1111/j.0889-7204.2002.00613.x [citado el 15 de junio de 2018]

79. Smeulders, E. S., van Haastregt, J. C., et al. Nurse- and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; a feasibility study. BMC Nursing (2007) 6(1). Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1186/1472-6955-6-6 [citado el 15 de junio de 2018]

80. Carroll, D. L., & Hamilton, G. A. Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: The impact of a device shock. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care (2005) 34(3): 169–178. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1016/j.hrtlng.2004.10.002 [citado el 20 de junio de 2018]

81. Schron EB, Exner DV, Tao Q, Jenkins LS, Steinberg JS, Cook JR, et al. Quality of life in the arrhythmics versus implantable defibrillator trial: impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. Circulation 2002; 105:589-94. Disponible en: https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(04)00211-0/references [citado el 20 de junio de 2018]

82. Hermann C, von zur Muhern F, Schaumann S, Buss U, Kemper S, Wantzen C, et al. Standardized assessment of psychological well-being and quality of life in patients with implanted defi- brillators. Pacing Clin Electrophysiol 1997;20(pt 1):95-103 [citado el 20 de junio de 2018]

83. Walfridsson, Ulla. *Assessing Symptom Burden and Health-Related Quality of Life in patients living with arrhythmia and ASTA: Arrhythmia-Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia*. 2011. Tesis

Doctoral. Linköping University Electronic Press. Disponible en: http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A454893&dswid=-5633 [citado el 30 de junio de 2018]

84. Amiaz, R., Asher, E., Rozen, G., Czerniak, E., Levi, L., Weiser, M., & Glikson, M. Reduction in depressive symptoms in primary prevention ICD scheduled patients - One-year prospective study. (2017). General Hospital Psychiatry, 48: 37–41. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1016/j.genhosppsych.2017.06.013 [citado el 1 de julio de 2018]

85. Balci, K. G., Balci, M. M., Akboğa, M. K., Sen, F., Açar, B., Yılmaz, S., ... Aydoğdu, S. Perceived Benefits of Implantable Cardioverter Defibrillator Implantation among Heart Failure Patients and Its Relation to Quality of Life: A Cross-Sectional Study. Cardiology and Therapy (2015). 4(2): 155–165. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675745/ [citado el 20 de julio de 2018]

86. Peinado-Peinado, Rafael, et al. "Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable." *Revista española de cardiología suplementos* 8.1 (2008): 40A-50A. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1131358708735374 [citado el 1 de agosto de 2018]

87. Sossong, A. Living with an Implantable Cardioverter Defibrillator. The Journal of Cardiovascular Nursing, (2007). 22(2): 99–104. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1097/00005082-200703000-00005 [citado el 1 de agosto de 2018]

88. Wong, Florence Mei Fung, et al. "Factors associated with health-related quality of life among patients with implantable cardioverter defibrillator: identification of foci for nursing intervention." *Journal of advanced nursing* 70.12 (2014): 2821-2834. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12434 [citado el 10 de agosto de 2018]

89. Chair, Sek Y., et al. "Quality of life outcomes in Chinese patients with implantable cardioverter defibrillators." *Pacing and Clinical Electrophysiology* (2011) 34.7: 858-867. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-8159.2011.03048.x [citado el 10 de agosto de 2018]

90. 25. Tomzik, J., Koltermann, K. C., Zabel, M., Willich, S. N., & Reinhold, T. Quality of Life in Patients with an Implantable Cardioverter Defibrillator: A Systematic Review. Frontiers in Cardiovascular Medicine, (2015).2. disponible en: http://sci-hub.tw/10.3389/fcvm.2015.00034 [citado el 30 de agosto de 2018]

91. González-Escobar, Dianne Sofía. "Teorías de Enfermería para el abordaje del cuidado de personas en situación de enfermedad crónica." *Revista ciencia y cuidado* 3.1 (2006): 69-82. Disponible en: https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/906 [citado el 4 de diciembre de 2018]

92. Lugo, Luz Helena, Héctor Iván García, and Carlos Gómez. "Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 24.2 (2006): 37-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf?

93. Serrano, Francisco, et al. "Validación de una versión para Colombia del cuestionario de calidad de vida en asma AQLQ." *Revista Colombiana de Neumología* 12 (2000): 72-79

94. Portillo-Guerra, C., and Martha Restrepo. "Evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá." *Avances en medición* 2.1 (2004): 51-61. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/6614/0241/7026/EVALUACION_DEL_CUESTIONARIO_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EORTC_QLQ_C-30_DENTRO_DE_UN_ESTUDIO_CON_PACIENTES_ADULTOS_DE_CENTROS_DE_ONCOLOGIA_DE_BOGOTA.pdf

95. Linares, Yesica Andrea Peralta, and Renata Virginia González Consuegra. "Adaptación transcultural del arrhythmia-specific questionnaire in tachycardia and arrhythmia (asta) para medir calidad de vida relacionada con la salud en personas con arritmias cardiacas." *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología* 69 (2016): 40-47. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6285992

96. Cleeland, Charles S., and Cielito C. Reyes-Gibby. "When is it justified to treat symptoms? Measuring symptom burden." ONCOLOGY-WILLISTON PARK THEN HUNTINGTON THE MELVILLE NEW YORK- 16.9; SUPP/10 (2002): 64-70

97. Gutiérrez Velasco, Laura. "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: factores influyentes= Quality of life in patients with chronic heart failure. Influential factors." (2017). Disponible en. http://buleria.unileon.es/handle/10612/5700

98. Carlsson, Eva, S. Bertil Olsson, and Eva Hertervig. "The role of the nurse in enhancing quality of life in patients with an implantable cardioverter-defibrillator: The Swedish experience." *Progress in cardiovascular nursing* 17.1 (2002): 18-25. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0889-7204.2002.00613.x

99. Hendriks JM, de Wit R, Crijns HJ, Vrijhoef HJ, Prins MH, Pisters R, et al. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. Eur Heart J. 2012;33(21):2692–9. doi: 10.1093/eurheartj/ehs071

100. Manterola, Carlos, and Paula Astudillo. "Checklist for reporting of descriptive observational studies. MINCIR initiative." *INTERNATIONAL JOURNAL OF MORPHOLOGY* 31.1 (2013): 115-120