

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Factores asociados al abandono del
tratamiento farmacológico y el impacto
en la prevención secundaria
del evento cardiovascular**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A :

DENNIS FLORES ROMÁN

DIRECTOR

LIC. MOISES AGUSTÍN VILLEGAS IVEY

CODIRECTORA

DRA. MIREYA MARTÍNEZ GARCÍA

Ciudad de México, mayo de 2021.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

- ✓ Quiero agradecer a mis padres por siempre estar conmigo y apoyarme en todo.
- ✓ A mis lectores por tomarse el tiempo para revisar este trabajo. En especial a la Dra. Mireya por todo su apoyo y motivación.
- ✓ A mi director y Co-directora de tesis por su apoyo académico. Especialmente a la Dra. Paty por su dedicación y apoyo.
- ✓ A mis amigas Yenitzel y Elizabeth por apoyarme durante la carrera.
- ✓ A la UACM por ser parte de mi formación como alumna.
- ✓ El presente trabajo de tesis se realizó gracias al apoyo financiero de la Beca DGAPA-UNAM PAPIIT IN222820 para la investigación.

Gracias por todo.

DEDICATORIA

Está dedicada a mis padres quienes siempre están a mi lado y me apoyan.

A mis hermanos por estar siempre para mí.

A mis abuelitos y a mi tía por siempre animarme a seguir adelante.

A mi familia esto es para ustedes que son mi mayor motor de vida.

Índice

1	Introducción	1
2	Planteamiento del Problema	2
3	Objetivos	3
3.1	Objetivo General	3
3.2	Objetivos Específicos	3
4	Justificación	4
5	Marco Teórico	5
5.1	Generalidades	5
5.2	Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)	10
5.3	Enfermedades Cardiovasculares	10
5.4	Etiología	11
5.5	Cardiopatía isquémica	12
5.6	Tipos de cardiopatía isquémica	13
5.6.1	Infarto agudo de miocardio	13
5.6.2	Angina inestable	14
5.6.3	Angina de pecho estable o infarto crónico	14
5.7	Prevalencia	16
5.8	Manejo médico	16
5.9	Rehabilitación	18
5.10	Prevención secundaria	19
5.11	Adherencia al tratamiento	19
5.12	Sistemas complejos	20
6	El papel de la Promoción de la Salud	21
6.1	Organizaciones de la frontera y comunidades de práctica	22
6.2	Determinantes sociales de la salud	23
6.3	Estilo de vida	24
6.4	Estilo de vida saludable	25
6.5	Historia de vida	26
6.6	Lugar de residencia	26
6.7	Sistema de salud	28
7	Metodología	29
7.1	Tamaño de la muestra	29
7.2	Estrategia experimental	29
7.2.1	Paso I: recolección de datos	30
7.2.1.1	Definición y operacionalización de variables	30
7.2.2	Paso II: Procesamiento de datos	31
7.2.2.1	Análisis cuantitativo	32
7.2.2.2	Análisis cualitativo: análisis de contenido	32
7.2.3	Paso III: Caracterización del contenido	34

7.3	Procesamiento de la información	34
7.3.1	Paso I: Procesamiento de la recolección de datos	34
7.3.2	Paso II: Análisis de los datos	36
7.3.2.1	Análisis cuantitativo	36
7.3.2.2	Análisis cualitativo: Análisis de contenido	36
7.3.3	Caracterización del contenido	37
8	Resultados y discusión	42
8.1	Paso I: Descripción de la población	42
8.2	Paso II: Caracterización y codificación de datos	46
8.3	Paso III; Caracterización del contenido	47
9	Conclusión	55
10	Bibliografía	57
	Índice de tablas	V
	Índice de figuras	V
	Glosario	VII

Índice de tablas

Tabla 1	Clasificación de trastornos que causan enfermedades cerebrovasculares	11
Tabla 2	Clasificación de trastornos que causan ECV	11
Tabla 3	Factores principales de la cardiopatía isquémica	13
Tabla 4	Factores de riesgo	15
Tabla 5	Medicamentos prescritos a pacientes después de haber ingresado al hospital por evento isquémico.	17
Tabla 6	Características generales de la población	42
Tabla 7	Nivel socioeconómico de los pacientes	42
Tabla 8	Factores de riesgo de pacientes	43
Tabla 9	Afecciones diagnosticadas al egreso hospitalario	44
Tabla 10	Pacientes que abandonaron su tratamiento	45
Tabla 11	Estado civil	49
Tabla 12	Nivel de escolaridad	49
Tabla 13	Estatus laboral	50

Índice de figuras

Figura 1	Diagrama de flujo	29
Figura 2	Logo del expediente electrónico	30
Figura 3	Base de datos construida con el folio seleccionado	30
Figura 4	Presentación de códigos para el análisis	33
Figura 5	Pantalla principal de inicio de sesión en el expediente electrónico	34
Figura 6	Expediente con fecha de ingreso	34
Figura 7	Captura de pantalla de expediente exportada a Power Point	35
Figura 8	Exportar texto en PowerPoint	35
Figura 9	Archivo guardado en formato pdf	35
Figura 10	Transformar archivo pdf a formato txt	35
Figura 11	Texto corregido en Word	35
Figura 12	Texto corregido y pegado en formato txt, extensión de ATLAS. ti7	35
Figura 13	Creación de nueva unidad hermenéutica	36
Figura 14	Agregar documentos txt	36
Figura 15	Documentos seleccionados en la unidad hermenéutica y carga exitosa	37
Figura 16	Visualización de documento a trabajar	37
Figura 17	Selección de documentos	37
Figura 18	Visualización de documento en consola	37
Figura 19	Opciones para crear códigos	38
Figura 20	Cuadro donde se agrega el código	38

Figura 21	Selección de ventana para la siguiente imagen	38
Figura 22	Códigos agregados	38
Figura 23	Sitio de arrastre del texto	39
Figura 24	Códigos correspondientes	39
Figura 25	Íconos indicando las categorías	39
Figura 26	Selección de opción DPs	39
Figura 27	Muestra ambos documentos	40
Figura 28	Realización del concentrado	40
Figura 29	Seguimiento	40
Figura 30	Documento final	40
Figura 31	Administrador de códigos seleccionados	41
Figura 32	Opciones seleccionadas	41
Figura 33	Editor de ventana	41
Figura 34	Documento con códigos y citas	41
Figura 35	Lista de actividades que realizaron antes del infarto	46
Figura 36	Porcentaje de las diferentes citas	47
Figura 37	Lista de la causa del abandono o la suspensión del tratamiento	48
Figura 38	Captura de pantalla de expedientes, resalta el folio, el abandono del tratamiento, actividad realizada antes del ataque y tratamiento administrado	51

Glosario

OMS	Organización Mundial de la Salud
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
IMA	Infarto del Miocardio
IC	Insuficiencia Cardíaca
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
CI	Cardiopatía Isquémica
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
AIA	Angina Inestable Aguda
SCACEST	Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST
SCA	Síndrome Coronario Agudo
EIC	Enfermedad Isquémica del Corazón
LDL-c	Colesterol unido a lipoproteínas de baja intensidad
RC	Rehabilitación Cardíaca
PS	Promoción de la Salud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
FC	Frecuencia Cardíaca
FR	Frecuencia Respiratoria
ECD	Enfermedades Crónicas Degenerativas
ATF	Abandono del Tratamiento Farmacológico
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidad
HTA	Hipertensión Arterial
IMC	Índice de Masa Corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCICH	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
RC	Rehabilitación Cardíaca
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
EI	Endocarditis Infecciosa
FRCV	Factores de Riesgo Cardiovascular
TA	Tensión Arterial

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo fue realizado para conocer el papel que desarrolla el promotor de la salud, en la planeación de estrategias que ayuden con la falta de adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como los que reorienten a mejorar la calidad de vida, como es el caso de las personas que sufren cardiopatía isquémica, ya que existe poca información sobre la farmacovigilancia y el poco apego de los pacientes sobre sus tratamientos (Peralta and Carbajal, 2008). Es por ello que, en este trabajo, se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo, con información de pacientes con cardiopatía isquémica, atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez (INC-ICH)”, que abandonaron el tratamiento médico.

Para ello, se buscó conocer los factores que influyeron en la decisión del paciente acerca de su medicación. Se analizaron 196 expedientes de pacientes hombres con cardiopatía isquémica que ingresaron en diversas ocasiones, se categorizaron con el programa *ATLAS.ti (versión 7.5.10)*, se realizó el análisis de las notas médicas y seguimiento del expediente clínico, se buscaron declaraciones del seguimiento y el abandono del tratamiento por parte de los pacientes seleccionados, para conocer e identificar los factores relacionados. Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes que abandonaron el tratamiento no tienen a nadie a su lado (sin pareja o algún familiar al pendiente de ellos), se encontraban desempleados o son fumadores en potencia, no realizan actividad física y al encontrarse en reposo dieron inicio a diversos síntomas asociados a dolor, provocando un nuevo ataque o muerte (Wong de Liu, 2012).

En conclusión, este estudio contribuye a la identificación de un problema de salud pública con contenido social que puede motivar una mayor investigación de este fenómeno multidisciplinario con la participación de promotores de la salud, médicos, el paciente, su familia, amigos y la sociedad en general, con la finalidad de desarrollar estrategias para mejorar el estilos de vida, evitar el abandono y el cuidado del

paciente así como el de su tratamiento, optimizar la calidad de vida y prevenir resultados desastrosos (Cocho, 2005; Villegas *et al.*, 2013).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde inicios del siglo XX las enfermedades cardiovasculares se convirtieron en las más comunes de esta época, debido al aumento considerable, convirtiéndose en las enfermedades de la vida moderna (Barbosa, 2009), afectando principalmente a hombres de la tercera edad (Ferreira-González, 2014). De acuerdo con la OMS (2013) se convirtieron en las principales causas de muerte alrededor del mundo (Gobierno de México, 2019), debido al florecimiento de la sociedad y a la industrialización, produciéndose un desplazamiento de los factores socioeconómicos a los individuales, causando un impacto en el estilo de vida y la salud (Gómez Arques *et al.*, 2005). En 2012, México mostró la tasa de mortalidad más alta de toda Latinoamérica, esto sumado también a la falta de adherencia al tratamiento, donde se observa el fracaso de la farmacovigilancia, debido a que los pacientes que han atravesado por algún evento cardiovascular abandonan el tratamiento después de obtener una mejoría (OMS, 2013).

Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes que no se adhieren al tratamiento, vuelven a tener otro evento igual o peor al previo, disminuyendo la calidad de vida, junto con un aumento mayor en los recursos sanitarios y económicos, inclusive puede llegar a morir (Soto, 2009). Asimismo, es de gran importancia que se aborde esta problemática, puesto que ayudará a que el paciente concientice el tener un mejor control de su enfermedad y de mejorar su salud al modificar su estilo de vida. Es por ello que el objetivo de esta investigación es determinar cuáles son los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico a partir de la evaluación por métodos tanto cualitativo y cuantitativo para conocer los factores, con los expedientes de pacientes ingresados en el Instituto Nacional de Cardiología.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General.

Caracterizar los factores que influyen en el abandono del tratamiento farmacológico en pacientes atendidos por cardiopatía isquémica en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INC-ICH).

3.2. Objetivos Específicos

Determinar si la presencia de comorbilidades puede estar asociada al abandono farmacológico en los casos estudiados

Conocer si los eventos de reingreso y mortalidad pudieran estar asociados al abandono farmacológico en los casos estudiados

4. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares en la actualidad han ido en aumento, el *INEGI (2018)* mostró el incremento tanto a nivel mundial como a nivel nacional, México presenta la tasa de crecimiento mayor de enfermos cardiovasculares de América latina y se estima que para el 2030, la tasa de mortalidad incremente entre el 15% y el 20%.

La falta del cumplimiento farmacológico es la principal causa por la cual la tasa de morbilidad y mortalidad predispone al fracaso la prevención secundaria de un evento cardiovascular a largo plazo. Si bien, la mayoría del personal médico se ha sensibilizado para reforzar las estrategias para evitar el ATF, la realidad es que el proceso es complejo y requiere de medidas más allá del manejo clínico. Conocer el contexto social que envuelve esta problemática para diseñar estrategias integrales desde la Promoción de la Salud, pese a que se han realizado grandes esfuerzos por reforzar el cumplimiento farmacológico, se ha postergado el análisis donde las personas viven y el efecto que se crea en el entorno para determinar o modificar el apego al tratamiento y realizar los cambios en el estilo de vida.

Por ello, es importante que se formen estrategias desde la promoción de la salud, ya que propone algunos cambios para proteger la salud de los pacientes, lo que implica generar programas en comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas donde se garantice el acceso a los servicios de salud, políticas que establezcan lugares públicos para realizar actividad física, recreación y convivencia. A su vez la promoción de la salud busca la colaboración por parte de la población de forma participativa e intersectorial, sensible al contexto para operar en múltiples niveles. También pone en práctica de forma participativa, en donde los individuos, la comunidad, las organizaciones y las instituciones trabajen en conjunto para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Generalidades

En la antigüedad los egipcios creían que el corazón era el órgano en donde residía el alma y la mente, donde se generaban los sentimientos. Al morir, se creía que era juzgado ante el Dios Osiris, para saber si había sido un ser de buenos sentimientos y si había llevado una vida honesta. Cada cultura tiene una definición sobre el corazón, siendo este un músculo de 12 cm de largo x 9 cm de ancho, equivalente a un puño, cuyo funcionamiento es mantener al cuerpo. A lo largo del tiempo esto fue un enigma, la manera de cómo trabajaba y las posibles enfermedades asociadas al corazón, involucrando las arterias y venas. Otra de las preocupaciones fueron las enfermedades cardiovasculares que por su antigüedad han generado un conocimiento previo sobre causas y mecanismos. Desde el siglo XVIII, se tiene como referencia la angina de pecho, infarto al miocardio asociado a aterosclerosis en arterias coronarias, asociado a ataques cardíacos y la forma en que son provocados por eventos como enojos o emociones intensas. En el siglo XIX, se encontraron nuevos elementos para conocer un ataque cardíaco y cómo se producía, también se descubrió que el engrosamiento de las arterias coronarias contenía colesterol, el cual viaja a través de la sangre, arterias y era posible que sus residuos taparan las arterias (Guzmán and Ramírez, 2010).

Finalmente, el conocimiento científico reveló que el corazón bombeaba la sangre a distintas partes del cuerpo a través de vasos sanguíneos, si un vaso estaba obstruido por placas de colesterol llegaría menor cantidad de sangre a los órganos vitales generando mayor trabajo del músculo cardíaco, el cual se iría desgastando hasta producir trastornos cardiovasculares (Procuraduría General del Consumidor, 2017). Es por ello que se producen cambios cada vez más progresivos del modelo etiológico de la enfermedad cardíaca relacionada con el estilo de vida, a causa de ello surgieron los primeros conceptos de estilo de vida (Georgieva *et al.*, 2007) y los aportes de *Karl Marx* y *Max Weber*. Ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, tomando en cuenta los determinantes sociales. *Marx* entendía que el estilo de vida era un

producto determinado por las condiciones socioeconómicas del individuo en la sociedad mientras que *Weber* admitió que lo determinaba lo socioeconómico, así como condicionado por la estratificación social.

Weber determinó que la conducta vital como la selección que realizan los individuos en su estilo de vida se basaba en su posición socio-económica. A principios del siglo XX, se produjo una transición del estudio de factores socio-económicos a factores individuales del estilo de vida. Para ello, *Alfred Adler* definió el estilo de vida como un “patrón único de conductas y hábitos donde el individuo lucha para conseguir la superioridad”. De esta manera el debate sobre estilos de vida y el impacto sobre la salud tomó mayor importancia (Gómez Arqués *et al.*, 2005). De forma paralela, en el mismo siglo, las enfermedades cardiovasculares se volvieron las enfermedades de la vida moderna por excelencia (Barbosa, 2009). De acuerdo con la *Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017)*, las enfermedades cardiovasculares son desórdenes del corazón y vasos sanguíneos que se han convertido en las principales causas de muerte alrededor del mundo (Procuraduría General del Consumidor, 2017). Respecto al manejo post-infarto, en la década de los 40’s se aconsejaba al paciente mantenerse en reposo por 6 semanas, con restricción de algunas actividades, llevándolo a convertirse en un incapacitado, sin interés por modificar su estilo de vida (Estable Díaz *et al.*, 2006). A medida que las enfermedades cardiovasculares se convirtieron en algo cotidiano, se concibieron como las enfermedades de la vida moderna por excelencia.

Para los años 50 ’s, se comenzó a generar un interés por el estilo de vida, desde la salud pública y enfermedades crónicas comenzaron a constituirse como un problema central del sistema sanitario. Las primeras investigaciones se realizaron desde el campo de la salud a través una perspectiva médico-epidemiológica y el estilo de vida se conceptualizó desde una mirada biomédica en la cual no se estableció ninguna relación con el contexto social o psicológico. Mientras que los médicos decían que las personas elegían por voluntad propia llevar un estilo de vida insano. A causa del reduccionismo biomédico, en la 31 sesión del comité regional de *la OMS (2003)* para Europa, los programas de estilos de vida saludable se adoptaron de una manera más social que médica. A partir de ahí se crearon distintos modelos de estilos de vida, los

cuales trataban de explicar los factores psicosociales involucrados (Gómez Arqués *et al.*, 2005). Mientras que el proceso de rehabilitación cardíaca se centraba en mejorar la capacidad funcional y la reinserción del paciente a sus actividades cotidianas (Martínez, 2014).

Levine y Lown (1952) recomendaron la movilización del paciente como proceso de su rehabilitación cardíaca para su recuperación. Poco tiempo después, también *Hellerstein y Ford (1957)* recomendaron reducir al máximo los periodos de reposo y convalecencia para la rehabilitación de pacientes cardíacos, además se ocuparon de los problemas emocionales del paciente, para la reincorporación de sus labores cotidianas. Se pusieron en marcha programas de ejercicio físico, hasta que el informe técnico de la OMS (1964) impulsó su desarrollo y aplicación de forma generalizada.

A finales de esa década quedó definida la Rehabilitación Cardíaca (RC) como el conjunto de actividades necesarias para asegurar las cardiopatías una condición física, mental y social óptima, en donde se permitiera utilizar sus propios medios de forma tan normal como les fuera posible. Para 1973, la Sociedad Internacional de Cardiología incorporó los aspectos de los pacientes con cardiopatía isquémica: prevención de factores de riesgo y rehabilitación física, psicológica y social, buscando así la reducción de riesgos de pacientes y la reincorporación a su vida cotidiana (Martínez, 2014). Años más tarde, la OMS (2021) escribió las directrices de un programa de rehabilitación física para pacientes que habían sufrido un infarto al miocardio (IAM). Programas realizados por médicos cardiólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeros, dietistas y trabajadores sociales (Estable Díaz *et al.*, 2006).

Por otro lado, en México el aumento en la tasa de mortalidad por ECV se observó en la década de los 70 's, previo a este periodo fue la más baja de toda América latina. En la actualidad, la mortalidad por causas de isquemia ha sobrepasado a países como Argentina y Chile (Ferreira-González, 2014). Para el 2012, México obtuvo una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) mayor que en otros países latinoamericanos, obteniendo un aumento progresivo. Para el 2013, el aumento fue del 45%, pasando de 43.5 muertes/100,000 habitantes (2000) a 63.3 (2013), acelerando su crecimiento en hombres con respecto a mujeres. También cabe

destacar que afecta a las personas de la tercera edad, aunque puede iniciar a los 40 años (Ferreira-González, 2014).

La cardiopatía isquémica (CI) es una enfermedad crónico degenerativa no transmisible (ECNT), siendo la segunda causa más frecuente de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En México, como en la mayoría de los países, las enfermedades crónico-degenerativas rebasan a las infecciosas y parasitarias; siendo los países más desarrollados o en vías de desarrollo, más propensos a padecerlas. Por ello la ECNT afecta a personas de edad avanzada y la mitad de la población muere a causa de enfermedades crónicas a edad temprana (menores de 70 años), y una cuarta parte de defunciones fueron en personas menores de 60 años. Además, de agregar otras comorbilidades generadas por el estilo de vida poco saludable, hábitos alimenticios incorrectos, alto contenido en grasas saturadas y grasas trans, así como el incremento del consumo de sodio, tabaco, alcohol y sedentarismo. Asimismo, la urbanización e industrialización han contribuido a este incremento en los adultos, estos riesgos no solo afectan a la población adulta, niños y adolescentes. Por otro lado, en México el proceso de envejecimiento se agudiza y se estima que para el 2034, habrá la misma cantidad de niños que adultos mayores, aunado a la transición nutricional en decadencia que hoy en día afecta a los mexicanos, creando mayores complicaciones de la enfermedad isquémica, como infarto agudo al miocardio. Por ello, la falta de adherencia a tratamientos crónicos y consecuencias fueron tema prioritario de salud pública (OMS, 2003). Si bien, en última instancia son los pacientes quienes toman la decisión sobre su medicación, existen otros aspectos relativos a la percepción de la causa de su enfermedad y la manera de hacerle frente. Por lo que se clasificó en 4 áreas: (Peralta y Carbajal, 2008).

Área 1: Relación médico - paciente

Área 2: Relación paciente - entorno

Área 3: Relación con la enfermedad

Área 4: Relación con la terapéutica

Por otro lado, la prevención secundaria después de un infarto, involucra el manejo farmacológico y cambios en el estilo de vida, para controlar los factores de riesgo coronario con el fin de evitar el progreso de la enfermedad y disminuir la morbi-mortalidad. Es por ello, que el cumplimiento del tratamiento es vital para evitar otro evento de este tipo (Pineda, 2010). Sin embargo, el cumplimiento del tratamiento para el manejo de ECNT, así como EI y principalmente para el infarto al miocardio, es un problema a nivel mundial que va en aumento y con frecuencia conduce al fracaso en tratamientos a largo plazo así como el abandono del tratamiento farmacológico (ATF), muestra que si el paciente no cuenta con apoyo económico ni social, o tiene limitaciones para comprender cómo administrar el tratamiento, le cuesta realizar cambios pertinentes para mejorar su estilo de vida y tener una adecuada alimentación, evitar el consumo de sustancias nocivas y tener o mantener una buena rutina de actividad física (OMS, 2013).

En general, a nivel mundial se ha identificado una tasa alta de abandono de programas de rehabilitación cardíaca, después de un año de haber sufrido un infarto, donde solo el 50% de los pacientes tiene adherencia al tratamiento, con el fin de no tener otro evento cardiovascular, mientras que el 50% restante no modifican su estilo de vida. La encuesta realizada por la Sociedad Europea de Cardiología (EUROASPIRE IV, 2015) el 16% de pacientes no dejan de fumar, el 37.6% sigue con obesidad y el 60% realizan poca actividad física.

Estudios de Prevención y Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Andaluza de Cardiología (2017) mostraron que el 60% de los pacientes abandonaron los programas cerca de los 36 meses. El doctor Soto (2009), del Departamento de Fármaco Economía de Pfizer, “la mala adherencia es responsabilidad de entre 5% y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos anuales en Estados Unidos”. La no adherencia al tratamiento se ha convertido en el deterioro de la enfermedad, aumentando la morbimortalidad, disminución de la calidad de vida y la necesidad de administrar otros tratamientos, aunado al aumento de consumo de recursos económicos y sanitarios.

5.2 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Grupo de múltiples padecimientos complejos, que llevan a la mortalidad a través de diferentes caminos como: diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades vasculares cerebrales. El progreso natural de la diabetes y ECV pueden ser modificables a través de acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Las más comunes son el sobrepeso y obesidad, las concentraciones anormales de lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico. El porcentaje de la población con sobrepeso aumentó un 13% de 1994 a 2000, para el 2000 y 2006 el aumento fue mayor de 33.5%. En el síndrome metabólico (SM) se observó la misma prevalencia, haciendo referencia a la identificación de casos con mayor riesgo de desarrollar diabetes o ECV a mediano plazo. El porcentaje en adultos con SM aumentó (27.8%) entre 1994 y 2000 y 39.7% fueron menores de 40 años. Estos datos sugieren que la distribución de la mortalidad de ENCT irá en aumento a mediano plazo, como consecuencia desde 2000 CI y diabetes, son causas de muerte con mayor frecuencia a nivel nacional, por lo que el sector salud debe tener mayor prioridad en el control y prevención de enfermedades crónico degenerativas (ECD), debido al crecimiento de la población y aumento de mortalidad a lo largo de los años, se han afectado a sujetos en edad reproductiva, aumentando los costos del sector salud (Córdova-Villalobos *et al.*, 2008).

5.3 Enfermedades Cardiovasculares

Conjunto de trastornos en el corazón y los vasos sanguíneos. Cuando estos últimos son afectados, se comprometen otros órganos como el cerebro, miembros inferiores, riñones y corazón. Las enfermedades cardiovasculares con mayor frecuencia son las enfermedades coronarias y cerebrovasculares. En las primeras se ven comprometidas las arterias que nutren a las coronarias, estas se pueden manifestar como angina de pecho, infarto al miocardio. Mientras que las enfermedades cerebrovasculares ECV (Tabla 1) se manifiestan como ataques agudos por obstrucción o sangrado para una de las arterias cerebrales. En ambos casos, se

pueden ver comprometidas de forma temporal o permanente en las funciones que realiza el cerebro (Salud, 2017).

Tabla 1. Clasificación de trastornos que causan enfermedades cerebrovasculares

Hipertensión arterial (presión alta)
Cardiopatía coronaria (infarto de miocardio)
Enfermedad cerebrovascular (apoplejía)
Enfermedad vascular periférica
Insuficiencia cardíaca
Cardiopatía reumática
Cardiopatía congénita
Miocardiopatías

(OMS, 2015)

5.4. Etiología

Los factores que aumentan el riesgo de una enfermedad cerebro-vascular (FRCV) son diversos, sin embargo, algunos son modificables (Tabla 2). Existen recursos para modificarlos, para prevenir, eliminar o controlar el padecimiento. Algunos autores mencionan que la enfermedad coronaria puede reducirse hasta en un 50% de los casos en ausencia de FRCV, estudios de Gabriel *et al.* (2008) mostraron que FRCV son determinantes clínicos, metabólicos y físicos (2008; Salud, 2017).

Tabla 2. Clasificación de trastornos que causan ECV.

Niveles elevados de colesterol, triglicéridos y otras sustancias grasas en la sangre
Presión arterial elevada
Elevados niveles de ácido úrico en la sangre (ocasionados principalmente por dietas con un alto contenido proteico)
Ciertos desórdenes metabólicos, como la diabetes
Obesidad
Tabaquismo
Falta de ejercicio físico
Estrés crónico

(OMS, 2015)

Las enfermedades no transmisibles se han vuelto dominantes en la transición epidemiológica, además de los cambios de vida y alimentación, otros factores de riesgo son la obesidad, la dislipidemia, factores genéticos y la influencia del medio ambiente, consumo de alcohol y tabaco, agravan y complican la prevalencia de enfermedades, provocando afecciones cardiovasculares ya que ocupan el primer lugar de morbilidad en casi dos terceras partes de la población a nivel mundial. La incidencia de Cardiopatía isquémica aumenta conforme la edad, siendo mayor entre los 50 y 65 años, y raramente antes de 35 años. Afecta a hombres, menores de 45 años 10 veces más que a mujeres (García *et al.*, 2013).

5.5. Cardiopatía isquémica

La CI o enfermedad coronaria es ocasionada por la aterosclerosis de arterias coronarias, encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco, esta enfermedad es el proceso lento de la formación de colágeno, acumulación de lípidos y células inflamatorias, causantes del estrechamiento de arterias coronarias, el proceso de este padecimiento comienza en las primeras décadas de la vida, pero no se presenta ningún síntoma hasta que la estenosis de la arteria coronaria se vuelve tan grave que provoca un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y las necesidades del miocardio, llegando a provocar una isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o oclusión súbita por trombosis de la arteria, causando falta de oxigenación del miocardio, dándole paso así a la angina inestable e infarto agudo de miocardio también conocido como síndrome coronario agudo (Corazón, 2013). Esto quiere decir que la cardiopatía isquémica es causada por un bloqueo en las arterias que suministran sangre al corazón ya sea de forma parcial o completa, provocando que no haya flujo sanguíneo. Esta enfermedad puede ser prevenida mientras se conozca y se controlen los factores de riesgo cardiovascular (Tabla 3) de tipo biológico o hábitos adquiridos (Georgieva *et al.*, 2007; Cabrera, 2014).

Los pacientes con múltiples factores de riesgo son quienes presentan el mayor riesgo de padecer alguna enfermedad obstructiva en la arteria coronaria causando mayores posibilidades de angina o infarto. Además, quienes presentan síndrome metabólico,

asociado a la obesidad, diabetes, aumento de colesterol e hipertensión, tienen mayor riesgo de presentar enfermedad cardiovascular (coronaria) o aún peor de morir a causa de un mayor daño en el corazón. La mayoría de muertes súbita son de origen cardiovascular, donde el 80% son secundarias a una cardiopatía isquémica, principalmente a causa de un infarto agudo de miocardio o secundaria a un infarto crónico (Guindo, 2016).

Tabla 3. Factores principales de la cardiopatía isquémica

- Edad avanzada
- Se da más en los hombres, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia
- Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia
- Aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL (baja densidad)
Disminución de los valores de colesterol HDL (alta densidad)
- Tabaquismo
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Sedentarismo
- Haber presentado la enfermedad (pacientes que presentaron angina o infarto tienen más riesgo que los que no).

5.6. Tipos de cardiopatía isquémica

La CI se encuentra dividida en subgrupos de afecciones de la arteria coronaria, de curso agudo o crónico, destacando:

5.6.1 Infarto agudo de miocardio

Aparición de dolor isquémico en una parte del músculo del corazón causado por la obstrucción aguda de una de las arterias coronarias por un trombo. La magnitud del daño que provoca la obstrucción es la muerte de una parte irrigada por la arteria obstruida, así como la cantidad de músculo cardíaco que haya muerto (Mendoza,

2016). Este fenómeno isquémico se divide en dos eventos: uno con elevación de segmento ST y otra sin elevación del segmento ST (Barrio *et al.*, 2016).

5.6.2 Angina inestable

Se produce por una complicación de la placa de ateroma con manifestaciones de isquemia miocárdica aguda que es una lesión que genera una capa densa de lipoproteínas de baja densidad (LDL) dentro de la arteria formando una pared. Para quitar el exceso, los glóbulos blancos la cubren para deshacerla, si es demasiada se unirá a esta lipoproteína y los glóbulos formarán células espumosas que se unirán en la pared del vaso sanguíneo, convirtiéndose en una masa conocida como placa de ateroma que provocará un cierre parcial o total de las arterias, causando isquemia o peor un infarto agudo al miocardio o infarto cerebral (Sellén *et al.*, 2010).

5.6.3 Angina de pecho estable o infarto crónico

Dolor o molestia opresiva en la parte retroesternal, aparece en cualquier circunstancia y aumento del desgaste miocárdico que desaparece en reposo. También es conocida como angina de esfuerzo o demanda, se le da el nombre de estable por no presentar variaciones en la frecuencia, intensidad, duración ni factores desencadenantes (Sánchez *et al.*, 2001), los factores de riesgo se clasifican en dos: los que se pueden modificar y los que no se pueden modificar (Tabla 4).

Tabla 4. Factores de riesgo

<p>Factores de riesgo modificables: hábitos que se pueden cambiar.</p> <ul style="list-style-type: none">a) Dislipidemia (altos niveles de concentración de LDL (colesterol baja densidad), bajos niveles de HDL (alta densidad). y aumento en los niveles de triglicéridos.b) Tabaquismo: el consumo de tabaco incrementa la insuficiencia miocárdica y la formación de ateroma que con la nicotina provoca un aumento en la FC y TAc) Alcohol: el consumo en exceso de alcohol causa mayor riesgo de cardiopatía coronaria.d) Sedentarismo: es uno de los factores de mayor riesgo de enfermedades cardíacas.e) Obesidad: la acumulación de grasa anormal o excesiva puede ser perjudicial para la salud.f) Hipertensión arterial: presión muy elevada dentro de los vasos sanguíneos, a medida que el corazón la bombea, hace mayor esfuerzo causando insuficiencia cardíaca; puede llegar a engrosar el músculo a tal grado de no recibir oxígeno necesario.g) Diabetes mellitus: incremento de los niveles de glucemia en sangre, aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no la utiliza con eficiencia.
<p>Factores de riesgo no modificables:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Herencia genética: historia familiar de cardiopatía isquémica determinante de riesgo coronario.b) Edad: A medida que la edad aumenta (envejeciendo) el corazón también. Motivo por lo que las personas de edad avanzada son propensas a sufrir alguna cardiopatía. La incidencia de insuficiencia cardíaca aumenta después de los 40 a 45 años.c) Sexo: los hombres tienen mayor riesgo que mujeres de una patología cardiovascular. Los expertos atribuyen que las hormonas femeninas ejercen un efecto protector ya que en la menopausia se produce un aumento del índice de enfermedades del corazón en la mujer.

(Mendoza, 2016; Cisneros and Carrazana, 2013).

5.7. Prevalencia

En 2016, la OMS presentó las principales causas de muerte a nivel mundial destacando cardiopatías isquémicas y accidentes cardiovasculares, donde 15,2 millones de defunciones fueron a causa de ambos padecimientos durante los últimos 15 años, seguidas por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infecciones de vías respiratorias. En países industrializados y en vías de desarrollo presentan mayor incidencia a causa de estas enfermedades (OMS, 2018), a nivel nacional el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2018) informó que, en 2017, se registraron 703 043 muertes asociadas a enfermedades del corazón en ambos sexos, seguida por diabetes mellitus y tumores malignos, en el 2016 se presentó un mayor índice de mortalidad de la Ciudad de México, Chihuahua y Veracruz (INEGI, 2018). Se estima que, a finales del 2020, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares habrá aumentado de un 15% a un 20% y se estima que para el 2030, cerca de 23,6 millones de personas mueran por ECV, además que continuará encabezando la lista a nivel mundial (Gómez, 2011).

5.8. Manejo médico

Los adultos mayores tienen mayor probabilidad de presentar enfermedad coronaria, síndrome coronario agudo, cardiopatía isquémica crónica e isquemia silente, ya que la mayoría presenta diabetes mellitus y neuropatías autonómicas, así como pacientes que no puedan reconocer los síntomas. La cardiopatía isquémica es una enfermedad progresiva, su manejo debe ser adaptado de acuerdo con las fases del transcurso de la enfermedad del paciente. Al inicio, el tratamiento es igual para todos y puede ir cambiando conforme a la edad del paciente. En un paciente anciano se busca con el tratamiento (Tabla 5) reducir la morbilidad y la mortalidad, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. Es importante que no abandone el tratamiento, ya que puede provocar un deterioro de su salud, incluso la muerte (Jaramillo-Jaramillo and Zambrano-Chaves, 2018).

Tabla 5. Medicamentos prescritos a pacientes después de haber ingresado al hospital por evento isquémico.

Tratamiento completo antiisquémico	Medicamentos
ASA 300 mg	Anticoagulantes
Alopurinol 100 mg c/24 h.	Antigotosos
Amiodarona 200 mg c/24 h	Antiarrítmico
Amlodipino 10 mg c/24 h.	Antihipertensivo
Apixaban 2.5 mg c/12 h.	Anticoagulantes
Atorvastatina tab. 40 mg VO c/24 h.	Antiinflamatorio
Calcioantagonista	Vasodilatador
Captopril 25 mg	Anticoagulantes
Carvedilol 25 mg c/24 h.	β bloqueadores
Cefalotina	Antibacteriano
Cellcept 500 mg c/12 h	Inmunosupresor
Clopidogrel 75 mg VO/24 h.	Antiplaquetario
Dapagliflozina 10 mg	Antidiabético
Digoxina 0.125 μ g c/24 h.	Antiarrítmico
Enalapril 10 mg /12 h	Antihipertensivo
Enoxaparina 80 mg SC	Anticoagulante
Espironolactona 25 mg c/24h	Diurético
Eutirox 100 μ g c/24 h.	Tiroidea
Furosemida 40 mg/24h.	Diurético
Glibenclamida 5mg c/8h	Sulfonilureas
Heparina no fraccionada	Anticoagulantes
Hidralazina 30 mg c/8h	Vasodilatador
Isoket infusión 50 mg en 25000	Vasodilatador
Isosorbide 10 mg x 2	Vasodilatador
Ivabradina 5 mg c/12 h.	Vasodilatador
Lipitor 20 mg 1 c/24 h	Antianginoso
Metformina tab. 500 mg media VO c/12 h.	Antiinflamatorio
Metoprolol tab. 100 mg media VO c/12 h.	Antidiabético
Morfina	Antihipertensivo y β bloqueador
Nitroglicerina IV a 10 μ g/min	Analgésico
Noradrenalina	Antianginoso
Omeprazol 20 mg 1 c/24 h.	Adrenérgicos y dopaminérgicos
Paracetamol	Antiulceroso
Pravastatina 20 mg c/24 h	Analgésico Estatinas
Pristiq 1 c/24 h	Antihipertensivo y β bloqueador
Prograf XL 2-0-1	Inmunodepresor
Ramipril 5 mgs VO 024 h	Antihipertensivo
Rifampicina	Antibiótico
Tiazida	Diurético
Trimetazidina 35 mg c/12 h.	Antianginoso
Zanidip 10 mg 1 c/12 h	Antihipertensivo

5.9. Rehabilitación

Se lleva a cabo principalmente por el médico cardiólogo, quien asesora, da indicaciones especiales al paciente y lo ayuda a controlar, observar y regular una actividad física establecida. El médico debe aclarar todas las dudas que tenga el paciente y sus familiares, también debe quitarle los miedos y explicarles sobre el proceso que va a pasar. Deberá aconsejarle sobre sus hábitos, como realizar actividad física y continuar con su empleo, quitarle el miedo al paciente y a sus familiares sobre su empeoramiento o incluso de morir, por seguir con dichas actividades y evitar tiempos de reposo demasiado prolongados. Es importante que se reduzcan los niveles de ansiedad que afectan al miocardio para facilitar el trabajo y continuar con los demás aspectos como son los factores físicos y los psicológicos (EcuRed, 2019; Castro, 2017).

Se pueden observar que la rehabilitación de la cardiopatía isquémica se ha dividido en 3 fases:

- ❖ Etapa hospitalaria: el tiempo en que el paciente permanece ingresado en el hospital a causa de su cardiopatía.
- ❖ Etapa externa temprana: Una vez dado de alta, el paciente ingresa a un programa multidisciplinario que incluye entrenamiento físico supervisado, intervenciones psicológicas, nutricionales, control de factores de riesgo y optimización del tratamiento farmacológico.
- ❖ Etapa externa tardía: Al darse de alta, el paciente debe continuar practicando durante el resto de su vida todas las recomendaciones que ha recibido como no fumar, tener una rutina de ejercicio, llevar una dieta adecuada, controlar los niveles de colesterol, las cifras de presión arterial, diabetes, obesidad y el estrés. Y apegarse a un estilo de vida mucho más saludable.

5.10. Prevención secundaria

La prevención secundaria postinfarto son todas aquellas medidas destinadas a disminuir la morbimortalidad de los pacientes que han sufrido IAM, no solo se controlarán los factores de riesgo, sino también las interacciones terapéuticas (farmacológicas o de revascularización miocárdica). Se buscará que el paciente regrese a su vida familiar, laboral y social de manera plena. Se ha encontrado que con intervenciones supervisadas de prevención secundaria se mejora la supervivencia y la calidad de vida del paciente (Rodríguez Artalejo and Rey Calero, 1999).

5.11. Adherencia al tratamiento

La literatura científica ha llamado de diversas maneras a la toma inadecuada de medicación, siendo las más comunes la no adherencia y el incumplimiento. Estos se pueden tomar como sinónimos, sin embargo, la palabra incumplimiento tiene un significado más paternalista, ya que la responsabilidad de la toma adecuada de los fármacos recae en el paciente quien decide o no ajustarse de manera pasiva a las instrucciones que le son dadas por el médico (Tilson, 2004; Vrijens *et al.*, 2012). Mientras que el término de adherencia, transmite la idea de que existe una mayor relación entre paciente y médico, relación activa que persigue el mismo objetivo, la recuperación del paciente, esto es, un tipo de acuerdo entre médico y paciente con el fin de seguir el tratamiento de manera correcta y llegar a la meta (Barrueta and Verdugo, 2017). Por lo que la no adherencia sería la falta de compromiso de alguna de las partes (médico/paciente), sin embargo, es el paciente quien no sigue de manera continua con el tratamiento, evitando así llegar a tener una mejora completa.

Para lograr la adherencia y cumplimiento de los tratamientos se han puesto en marcha programas de salud a nivel institucional para mitigar el efecto de enfermedades crónicas y degenerativas en la población mexicana. Algunos han incorporado enfoques novedosos como las redes y sistemas complejos para su ejecución a nivel de Promoción de la Salud, con el fin de identificar condiciones emergentes o conexiones entre factores que modifiquen desde la educación los

cambios en el estilo de vida en general (Barajas and Mansilla, 2006; Villegas *et al.*, 2013).

5.12. Sistemas complejos

Los sistemas complejos se caracterizan principalmente porque su comportamiento es meramente impredecible. Esto no quiere decir que lo complejo sea un sinónimo de complicado, a lo que se refiere es que es algo que está enredado, enmarañado, o que es difícil comprender. Por el momento no se tiene una definición precisa de lo que es un sistema complejo. En la misma naturaleza se pueden encontrar diferentes ejemplos de sistemas complejos, los cuales van desde la física hasta la neurología, desde la economía hasta la biología molecular, estos por mencionar algunos cuantos ejemplos.

La mayoría de los sistemas complejos son inestables, se encuentran ligeramente equilibrados, y al momento de presentar la mínima variación entre sus elementos se modifican de forma impredecible, tanto en las interrelaciones, como el comportamiento en todo el sistema. También la evolución en este tipo de sistemas se caracteriza por la intermitencia, en donde la situación del orden y desorden se alteran de manera constante. Por lo que la evolución de estos no transcurre en forma gradual o continua, sino lo que hace, es reorganizarse y provocar saltos, causando que cada estado sea solo una transición. Estos sistemas crecen gradualmente hasta llegar al límite de su desarrollo potencial. En este punto, sufren un desorden, una especie de ruptura que provoca la fragmentación de una fuente preexistente. Por lo tanto, comienzan a aparecer nuevos patrones de organización del sistema y crean nuevas leyes, lo que provoca otro tipo de desarrollo. Teniendo como consecuencia la organización de los sistemas complejos en diferentes niveles, como también las leyes que gobiernan un determinado nivel, las cuales pueden ser completamente diferentes a las de un nivel superior (Moriello, 2003).

Por lo que dentro de la salud, los sistemas complejos interactúan de tal forma que crean una red ramificada, dado que se toman en cuenta y se evalúan las interacciones del individuo y su entorno, las cuales también se relacionan con otras variables como, el ambiente, el entorno laboral, familiar, social, político etc. mientras que para la toma de decisiones se maneja la incertidumbre la cual aparece al

momento de tratar de resolver problemas de la vida real, generando otras redes las cuales son más robustas y de fácil implementación (Betancourt, & Ramis, 2010).

6. El papel de la Promoción de la Salud

La promoción de la salud (PS) es uno de los paradigmas de los sistemas de salud que en los últimos años ha tenido una influencia sobresaliente alrededor del mundo. Se trata de un modelo único que involucra estrategias y acciones que se organizan desde el estado con apoyo de otros agentes externos, para llegar a la población, con el propósito de participar activamente en el planteamiento y toma de decisiones sobre las políticas y programas de salud que afectan directamente el vivir cotidiano y repercuten en el proceso de salud-enfermedad (Dagron, 2010). La OMS (1995) define a la Promoción de la Salud como “conjunto de actividades que abarcan el fomento de estilos de vida y otros factores sociales, económicos, ambientales y personales que favorecen la salud”, en la cual no solo se busca protegerla, sino también incrementarla en lo individual y colectiva (Castellano *et al.*, 2014b).

La PS interviene en la dimensión social de determinantes de la salud poblacional para ser una categoría integradora e intersectorial de participación social, por lo cual traspasa fronteras del sector salud y aún más con la competencia del actuar biomédico. Su implementación incluye la creación de políticas públicas saludables, ambientes propicios, fortalecimiento de acción comunitaria en la gestión de salud, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud, lo que hace posible que se incremente el bienestar y la calidad de vida de los individuos. Gracias al carácter social e integral de la PS, se genera un mayor impacto en las bases del bienestar y así la salud pueda depender en menor medida de la acción de los servicios de salud. Lo que hace que tenga mayor impacto y que el resultado sea a largo plazo en el sujeto. A diferencia de los cuidados médicos para la prevención o el manejo de una enfermedad, por lo que la PS puede generar resultados más duraderos al afectar otros procesos de los determinantes de la salud. Por ello, es necesario ampliar el enfoque de estrategias de cambio basadas en los determinantes, fomentando el estilo de vida saludable así como la habilidad de las personas para

incrementar la capacidad del control de factores de riesgo junto con el apoyo y la coordinación de sectores y grupos poblacionales (Giraldoni, 2008).

La PS está regida por cinco dimensiones marcadas por la carta de Ottawa (1986):

- Desarrollo de políticas saludables.
- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales.
- Facilitación de elecciones sanas y creación de ambiente que lo favorezca.
- Reorientación de los servicios de salud.

En estos últimos años ha habido una evolución en las propuestas metodológicas en cuanto a la manera de conseguir cambios de actitudes que contribuyan a que la población sea y se mantenga saludable o en un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo tenga ausencia de dolor y complicaciones por padecimientos crónicos y degenerativos, por lo que genera interés en el resurgimiento de la PS para lograrlo, de esa manera puede traer consigo cambios importantes, que incluyen la autoayuda (dejar algunos hábitos no saludables), el autocontrol (no regresar a esos hábitos), y la participación en la responsabilidad en materia de salud. La idea de que la salud es algo que solo les pertenece a los profesionales de la salud sea abandonada, en cambio se muestra al individuo que su salud depende en gran medida de sus decisiones (Lasheras *et al.*, 1996).

6.1. Organizaciones de frontera y comunidades de práctica

Entre los paradigmas impulsados desde la salud pública se encuentra el enfoque de organizaciones de frontera o inteligentes que han servido de enlace entre la ciencia y la política, atendiendo a una zona donde interactúan la enfermedades complejas, el comportamiento colectivo, los sistemas de salud y los sistemas sociales, todos ellos como parte de una estructura fluctuante, determinista y auto-organizativa, incluso con capacidad de adaptabilidad, robustez y modularidad (Cocho, 2005; Villegas *et al.*, 2013).

El destacado Médico cirujano y físico Germinal Cocho pionero en estudios teóricos de enfermedades complejas mencionó un abordaje alternativo para reducir el impacto social. Una de sus propuestas fueron las comunidades de práctica, definidas como aquellas redes informales que coexisten con la estructura formal de las organizaciones (pueden ser médicas) y contribuyen a resolver conflictos entre objetivos institucionales y los objetivos de sus pacientes (Cocho, 2005). Las comunidades de práctica informal pueden dar lugar a modos efectivos de enseñanza y aprendizaje, proporcionar un sentido de pertenencia comunitario y aumentar la comunicación entre sus miembros y organizaciones formales. La hipótesis bajo la cual se cree que podrían funcionar está basado en un punto de vista social, esto es, cuando estas comunidades de práctica aparecen y generan sus propias normas y patrones de interacción mostrando que esta auto-organización puede dar lugar a cambios locales en la estructura, y a su vez dar lugar a un mayor rendimiento de la comunidad como un todo en pro de mejorar sus condiciones de vida y de salud (Cocho, 2005). Para dar paso a comunidades de práctica, es necesario conocer las características de la sociedad donde se piensa incidir, una forma de hacerlo es mediante el conocimiento de determinantes sociales de la salud. A continuación, se menciona qué son y cómo afectan las condiciones de vida en las comunidades.

6.2. Determinantes sociales de la salud

La OMS (2008) definió los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud", las circunstancias son consecuencia de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, las cuales dependen a su vez de las políticas adoptadas por cada región, causando marcadas diferencias en materia de salud entre los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo. Al mismo tiempo puede haber en el interior de las naciones notorias desigualdades, ya sea entre estados, regiones y localidades e incluso entre diferentes grupos poblacionales. Estas diferencias conforman el estado de salud de cada individuo a través de su efecto sobre los determinantes

intermediarios, como los son las condiciones de vida, el estilo de vida, circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud (De La Guardia and Ruvalcaba, 2020). Lo que motivó a organismos internacionales como la OMS (2005) a que conformará la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, (CDSS) con la finalidad de analizar, cómo la estructura de las sociedades afecta la salud de la población. La OMS propuso que cada región analice las condiciones que pueden incidir en la enfermedad de una población en contextos diversos, focalizando los esfuerzos en aquellos colectivos en desventaja de acuerdo con las propuestas que los mecanismos sociales, económicos y políticos tienen para actuar sobre las inequidades en salud. El marco teórico que sustenta los DSS tiene como base las teorías sociales de la producción sanitaria que son: el enfoque psicosocial, la economía política o producción social de la salud y el marco socio-económico. El estudio de los DSS de las enfermedades cardiovasculares es propuesto como una alternativa para coadyuvar a las medidas de promoción y prevención para intervenir entre otras medidas en el estilo de vida saludable para incidir en el apego al tratamiento médico (Vallejo *et al.*, 2019).

6.3. Estilo de vida

Idea no paliativa o curativa sino mucho más promotora, es decir, de mejorar las condiciones individuales y colectivas, surgen los conceptos relacionados con el estilo de vida (Lasheras *et al.*, 1996), el cual es un hábito o una forma de vida, que hace referencia a ciertas actitudes que realizan de manera cotidiana las personas, siendo algunas saludables y otras no, ya sea individual o en grupo, lo cual conlleva a la satisfacción de las necesidades humanas. El estilo de vida está determinado por la presencia de factores de riesgo y/o factores para el bienestar, por lo que tiene que ser visto como un proceso dinámico compuesto por acciones o comportamientos individuales y de acción social. Considerado también como factores determinantes y condicionantes para el estado de la salud de él y/o los individuos (Wong de Liu, 2012).

La modernización hoy en día, ha traído consigo un cambio drástico en el estilo de vida, como lo es el sedentarismo y la adquisición de hábitos alimenticios poco saludables, como son la ingesta de grandes cantidades de grasas saturadas, azúcares simples y sal. Siendo que la termogénesis (creación e infiltración de sustancias lipídicas en las paredes arteriales) inicia en edades tempranas, la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares (Duhagon *et al.*, 2005).

En el artículo de Castellano de “Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde”, nos dice que mientras en la etapa adulta de un sujeto existen otro tipo de factores que intervienen y los cuales se ajustan a la idiosincrasia de esta etapa, no se pueden ignorar la influencia en nuestros hábitos y el comportamiento de los intereses económicos de la industria alimentaria, la poca capacidad de los organismos reguladores de la salud, como las crecientes desigualdades sociales y culturales, en los cuales la comunicación de estos sectores reguladores es escasa, está determinado a llevar una vida poco saludable y convertirse en víctimas de una serie de enfermedades crónicas, entre ellas se encuentra la cardiopatía isquémica, que tiene una tasa de mortalidad muy alta a nivel mundial.

La hipertensión arterial, el sedentarismo, el tabaquismo, hipercolesterolemia y la diabetes mellitus tienen que ver con el estilo de vida de cada individuo. Estudios recientes apuntan que estos hábitos son en su mayoría adquiridos en la fase temprana de la vida, que persiste en la transición de su vida adulta. Por lo que se cree que la promoción de la salud cardiovascular en la infancia es una buena oportunidad para la prevención primaria, principalmente en países donde se ha presentado un cambio importante en relación con la salud (Castellano *et al.*, 2014c). Por ello, el papel del promotor de la salud es esencial, ya que crea estrategias con el fin de reducir este tipo de problemáticas y una manera de lograrlo es adquirir y desarrollar conocimientos (Lasheras *et al.*, 1996).

6.4. Estilo de vida saludable

El estilo de vida saludable inició para prevenir enfermedades cardiovasculares, ya que los factores de riesgo de este tipo de enfermedades son a causa del consumo de alcohol y tabaco, como la falta de ejercicio físico y los malos hábitos alimenticios (Wong de Liu, 2012). La promoción de estilos de vida saludables conlleva conocer los comportamientos que mejoran o debilitan la salud de los individuos. Las conductas saludables y las acciones que realiza el sujeto, influyen y tienen como resultado beneficios físicos y fisiológicos inmediatos y a largo plazo, trayendo consigo el bienestar físico y mayor longevidad (Iglesias et al., 1999). El estilo de vida saludable, aparte del beneficio corporal y de salud, también crea un beneficio psicológico, más positivista y con menor estrés. Gracias a estos beneficios las personas adoptan este estilo de vida, y por lo cual a los sujetos que sufren de enfermedades crónicas, se les recomienda adoptar este estilo de vida, con el fin de preservar y mejorar su calidad de vida.

6.5. Historia de vida

Las diferentes condiciones culturales, económicas y educativas determinan en gran medida la manera en que las poblaciones crecen desde la infancia a la edad adulta, esto es su historia de vida. La disfunción en los hogares incrementa el riesgo de abandonar tratamientos médicos, debido al posible abuso de sustancias tóxicas, pobreza, rezago educativo, así como el aumento de los índices de violencia o maltrato físico y verbal por parte de los cuidadores, entre otros. Los resultados pueden aumentar el aislamiento del paciente en recuperación, aumentar la depresión y agudizar la discapacidad causada por la mala salud. Así mismo, los ambientes adversos, contaminados y estresantes, acentúan la desnutrición y la prevalencia de otras enfermedades crónicas (Vallejo *et al.*, 2019).

6.6. Lugar de residencia

El lugar de residencia puede incidir en el abandono de los tratamientos ya que aborda los factores ecológicos, sociales, físicos, la localización de los individuos, la movilización de familias o colectivos (lugar de residencia del campo a la ciudad), entre otros, y examina las características particulares de los vecindarios para integrar los factores de riesgo de comportamiento personal o grupal. En zonas urbanas de países desarrollados, cada vez más, existen oportunidades para aumentar la calidad de vida y la atención a la salud (Almborg *et al.*, 2010). Situación que ha modificado el lugar de residencia, provocando mayor concentración de humanos que a la vez, acentúan las desigualdades en las condiciones ambientales por la rápida y deficiente urbanización. El aumento de los efectos adversos de la heterogeneidad residencial y material, ha influido sobre la mortalidad por cardiopatía isquémica; tal es el caso de las regiones del norte y sur de Europa donde las diferencias en mortalidad por cardiopatías se refuerzan por la clase social y los niveles económicos (Mackenbach *et al.*, 2000). Los residentes de barrios urbanos caracterizados por niveles socioeconómicos bajos, por ambientes con mala calidad del aire, altas emisiones de contaminantes por tráfico, que pasan más tiempo en las calles y cerca de congestiones vehiculares, pueden estar más expuestos a padecer ECV secundarias, que residentes de barrios más favorecidos. Asimismo, los individuos que habitan barrios violentos, ruidosos, sucios e inseguros, que están mal contruidos y se aprecian socialmente desorganizados, enfrentan estresores diarios, que se tornan a su vez en importantes factores de riesgo de abandono de tratamiento médico (Vallejo *et al.*, 2019).

Estas circunstancias aumentan constantemente, la probabilidad de presentar algún trastorno mental, reducen la capacidad de desarrollar alguna actividad física, disminuyen el acceso a alimentos saludables y generan mayor probabilidad de desarrollar obesidad, sobre todo en mujeres, cuyo riesgo de ECV aumenta en 8% por kilogramo de peso que aumenta (Glazer *et al.*, 2002; Roux *et al.*, 2001). Los determinantes sociales contenidos en la posición socioeconómica, caracterizan el estrato social y configuran la mayor inequidad, las mejores o peores condiciones de salud, la desigualdad en la esperanza de vida, mortalidad y acceso a los servicios de salud (Vallejo *et al.*, 2019).

6.7. Sistema de salud

El papel del sistema de salud, la prevención secundaria de un evento cardiovascular y los DSS se vuelve relevante por la accesibilidad y promoción de acciones intersectoriales para brindar protección contra las consecuencias sociales y económicas que determinan la adherencia a los tratamientos y las modificaciones en los estilos de vida. Los sistemas de salud actúan como mediadores, dada su localización geográfica, la capacidad de pago de los individuos y el contar o no, con un seguro para gastos catastróficos en salud (Eagle *et al.*, 2004). El sistema de salud debe asegurar que las condiciones sanitarias no den lugar a un mayor deterioro de la situación médica y social de los enfermos, mediante facilitar los recursos para reinserción social, de tal forma que los sujetos reconozcan un problema de salud y desarrollen la capacidad de percibir que requieren de los servicios médicos. Por ejemplo, al incluir acciones como la alfabetización en salud, la vacunación y el empoderamiento de personas con discapacidad (Vallejo *et al.*, 2019). Las razones del incumplimiento son complejas y pueden dilucidar mediante estudios de poblaciones para profundizar el efecto a largo plazo de determinantes sociales descritos y otros no considerados en el trabajo como: inequidades nutricionales, redes sociales y de apoyo, entre otros.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tamaño de la muestra

Se realizó un estudio retrospectivo cuantitativo y cualitativo, la recolección de datos fue del periodo comprendido de enero 2011 a diciembre 2017 obteniendo una muestra de 196 pacientes del sexo masculino con Cardiopatía Isquémica, fue obtenida de expedientes de pacientes atendidos por infarto agudo de miocardio en el INCICH (Fig. 1), con el propósito de conocer por qué los pacientes con cardiopatía isquémica abandonan el tratamiento farmacológico.

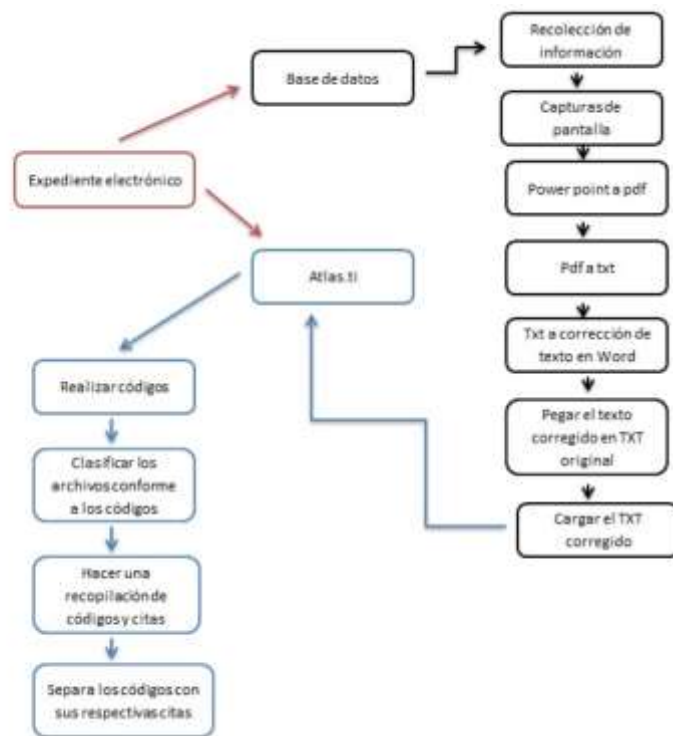


Figura 1: Diagrama de flujo: selección de pacientes del sexo masculino con cardiopatía isquémica

7.2. Estrategia experimental

La estrategia de investigación se realizó en tres pasos:

Paso I: Recolección de datos, Paso II: Procesamiento de datos y Paso III: Caracterización del contenido (Fig. 1)

7.2.1. Paso I: Recolección de datos

La búsqueda realizada en expedientes clínicos y la construcción de la base de datos electrónica se realizó de manera simultánea. Se dio inicio con la búsqueda de registros (uno por uno), fecha o fechas requeridas, se inició sesión en el expediente electrónico para buscar la información complementaria (Fig. 2 y Fig. 3).

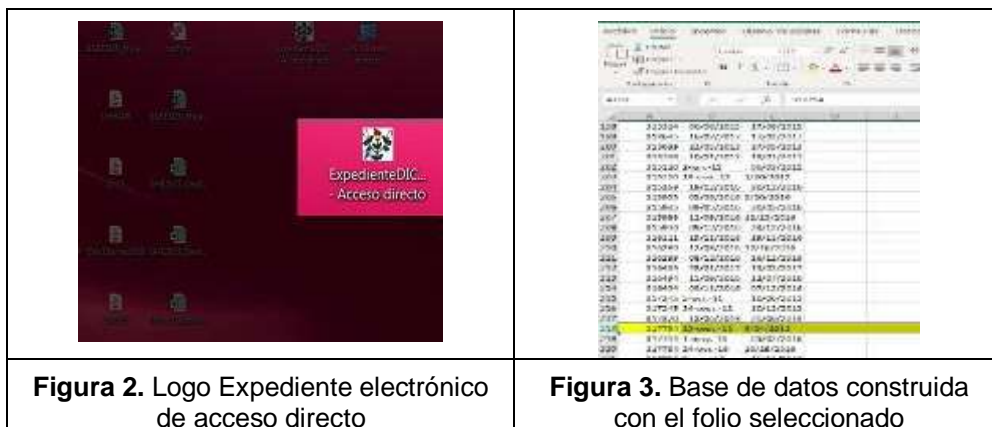


Figura 2. Logo Expediente electrónico de acceso directo

Figura 3. Base de datos construida con el folio seleccionado

7.2.1.1. Definición y operacionalización de variables

Para describir a la población se utilizó: la fecha de ingreso, egreso, edad, nivel socioeconómico, su diagnóstico principal, así como, la presencia de otras patologías, algunas no directamente asociadas al evento cardiaco.

La categorización a priori ayudó a definir algunas variables de estudio de la siguiente forma:

- Abandono o suspensión de tratamiento: el paciente deja su tratamiento por decisión propia o por cuestiones médicas.
- Acompañamiento: ausencia o presencia de persona que acompaña al paciente a urgencias.
- Actividad realizada: actividad que realizó el paciente antes de que iniciaran los síntomas.
- Apoyo del médico adscrito (externo): médico que es ajeno al instituto.
- Automedicación: medicamentos administrados al paciente al sentirse mal.
- Diagnóstico: determina que es lo que realmente tiene el paciente.

- Egreso por alta voluntaria: el paciente o el familiar firma una responsiva para que lo dejen salir bajo su responsabilidad.
- Egreso por mejoría: al momento de que el paciente se recupera.
- Egreso por muerte: cuando el paciente muere.
- Ingreso a otros institutos: cuando el paciente después de estar en el instituto se va a otro hospital.
- Inicio: es cuando inician con el padecimiento.
- Intervención quirúrgica: son las operaciones que se le realizaron al paciente.
- Medicamento administrado: es el medicamento que se le da al paciente cuando ingresa al instituto.
- No asiste al médico cuando tiene los primeros síntomas: es cuando el paciente empieza a tener síntomas y espera a que se le pase, y cuando este no cede o regresa.
- Primer contacto: al primer lugar al que van cuando inician con síntomas.
- Rechazo de intervención por el paciente o familiar: el paciente o el familiar no quieren que se les intervenga quirúrgicamente.
- Registro: se refiere al folio que le dan al paciente a su ingreso.
- Síntomas de ingreso: son los síntomas que tiene el paciente cuando ingresa a urgencias.
- Síntomas de inicio: son los síntomas que empieza a sentir el paciente al momento de iniciar el ataque.
- Tiempo transcurrido de un evento a otro: el tiempo en que transcurre de un evento a otro (por ejemplo, de un dolor anginoso a un infarto del miocardio).
- Tratamiento: es el tratamiento que se le da al paciente y el cual debe de seguir por el tiempo estimado del médico tratante.
- Tratamiento por otra institución: tratamiento con el que llega de otra institución.

7.2.2. Paso II: Procesamiento de datos

Una vez que es concluida la búsqueda y posible corrección de la información obtenida de los expedientes. Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo.

7.2.2.1. Análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo se utilizó para describir las características generales de la población de estudio. Sin embargo, también se utilizó para realizar algunas asociaciones entre variables de interés pertinentes al estudio. El análisis cuantitativo se realizó utilizando el programa estadístico StataSE13 (proporcionado por el Instituto). Stata es un software estadístico creado en 1985 por StataCorp. El nombre Stata es una “palabra compuesta” que combina las palabras statistics (estadística) y data (datos). Diseñado para el análisis descriptivo de datos y la implementación de diferentes técnicas de estimación que permite, entre otras funcionalidades, la gestión de datos, el análisis estadístico, el trazado de gráficos y las simulaciones.

A continuación, al conjunto de datos obtenidos se realizó contraste de normalidad de la distribución mediante un gráfico y la prueba Kolmogorov-Smirnov. Las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartiles. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje y moda. Las variables categóricas se compararon usando la prueba de chi-cuadrada, y las variables continuas se compararon mediante la prueba Wilcoxon cuando sea pertinente. Un valor de $P < 0.05$ se considerará significativo.

7.2.2.2. Análisis cualitativo: Análisis de contenido

El Análisis de Contenido es una técnica de investigación para análisis de documentos que se emplea para estudiar y analizar la comunicación de una forma objetiva, sistemática y cuantitativa. Está caracterizado por buscar el significado simbólico de los mensajes y en donde los resultados deben de ser reproducibles para que éstos sean confiables (EcuRed, 2015). Esta metodología de análisis está ubicada en el ámbito de lo descriptivo, pretende descubrir la estructura interna de la información y de los componentes básicos de un fenómeno determinado extrayendo los de un contenido dado (líneas de texto). Para ello, se seleccionan determinadas palabras o frases de los textos analizados y es la frecuencia de aparición lo que sirve de base para determinar los patrones de información que conduzcan a determinar las inferencias pertinentes (López *et al.*, 2002).

El análisis de contenido ha cobrado especial relevancia en lo que se refiere a la medición de la motivación. El procedimiento se basa en el supuesto de que las respuestas verbales (transcritas en un texto) de un sujeto, ante muchas situaciones, proporcionan información sobre motivos. Por otro lado, se sabe que para el análisis de contenido no existen plantillas ya confeccionadas y depende sobre todo de la pregunta que se quiera responder, por ello cada investigador establecerá un modelo de análisis pertinente a sus objetivos (López *et al.*, 2002; Martínez *et al.*, 2019). Para realizar este tipo de análisis se utilizó el programa ATLAS.ti, que analiza datos cualitativos (INC-ICH), el programa ayuda a ordenar y sistematizar la información colectada, todos los datos se organizan en una unidad hermenéutica (un repositorio de documentos) y a partir de ella se construyeron citas, códigos y grupos de códigos. Las citas fueron los lugares donde se almacenaron las ideas y los códigos fueron los espacios para almacenar las categorías (una forma de etiquetar ciertos aspectos de los datos y clasificar la información). Las funciones de consulta se usaron para buscar patrones de codificación en la base construida (Muhr, 1991; Smit, 2002; Gibbs, 2008; Hwang, 2008; Friese, 2014; Padgett, 2016).

Una vez seleccionadas las fuentes de información de la base de datos en la unidad hermenéutica, se realizó un escaneo inicial de información recabada y se construyeron las categorías y códigos, se alistó una etapa de preparación para el análisis siguiendo una propuesta metodológica predefinida (Mauri *et al.*, 2017).



Figura 4: Presentación de códigos para el análisis.

7.2.3. Paso III: Caracterización del contenido

Una vez construido el mapa de citas, códigos y categorías con ambos textos, se realizó un Análisis de Contenido para identificar patrones de información del texto guiado por las categorías previamente identificadas, para recabar información necesaria para la investigación (Fig. 4).

7.3 Procesamiento de la información

7.3.1. Paso I: Procesamiento de la recolección de datos

En esta etapa se desarrolló un método de pasos múltiples para extraer, clasificar y codificar los hallazgos textuales derivados del escrutinio de los expedientes hospitalarios. Se dio el acceso a la plataforma electrónica (Fig. 5), se ingresó el número de expediente y comenzó la búsqueda de información (no seleccionar buscar ya que abre otra ventana y no muestra la información requerida). Se mostró la información del expediente, se buscó la HISTORIA CLÍNICA, fecha indicada para ese paciente, se buscó padecimiento actual o historia clínica y el motivo de ingreso. En algunos expedientes no se mostró la HISTORIA CLÍNICA ni fechas que marcaba la base de datos, se buscó INGRESO O EGRESO HOSPITALARIO por fecha o padecimiento reportado en el expediente (Fig. 6).



Figura 5: Pantalla principal, inicio de sesión del expediente electrónico



Figura 6: Expediente con fecha de ingreso

Se hizo el texto más grande (sin que se deformaran las letras), para realizar la captura de pantalla (Fig. 8) la cual se pegó en el documento nuevo de PowerPoint, se quitaron los bordes y se guardó con formato pdf (Fig. 9) y posteriormente se descargó en la página de internet pdf2.com (<https://www.pdf2go.com/pdf-to-text>), y se transformó en formato txt (Fig.10).



Figura 7. Captura de pantalla del expediente para exportar a PowerPoint



Figura 8. Exportar texto en PowerPoint

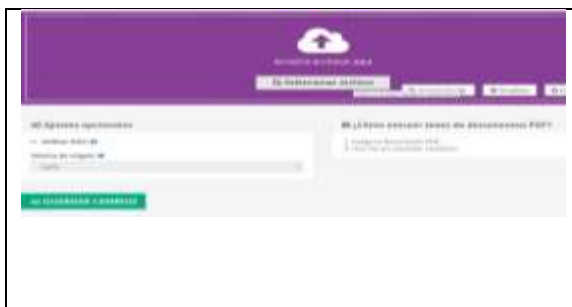


Figura 9. Archivo guardado en formato pdf



Figura 10. Transformar archivo pdf a formato txt

Después se abrió el nuevo documento, se corrigieron los errores ortográficos en Word (Fig. 11), y antes de ser copiados en el documento txt general (Fig.12) se acumulan en las secciones de texto de casos procesados y se registran en la base de datos (Fig. 13).

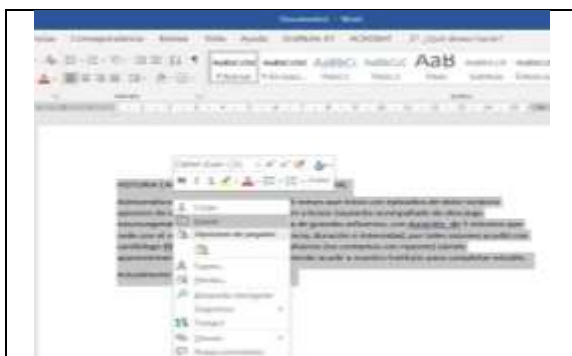


Figura 11. Texto corregido en Word



Figura 12. Texto corregido y pegado en formato txt, extensión de ATLAS. ti7

7.3.2. Paso II: Análisis de los datos

7.3.2.1. Análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo se utilizó para describir las características generales. Las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar (DS). Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes.

7.3.2.2. Análisis cualitativo: Análisis de contenido

Análisis de contenido: Categorización y codificación de datos

Una vez dentro del programa, se buscó la opción de proyecto y se desplegaron diferentes opciones, ahí se seleccionó la opción de Nueva unidad hermenéutica (Fig. 13), ya que se abrió una nueva ventana se volvió a seleccionar la opción de Proyecto y la opción de Agregar documentos, para cargar la información a la unidad hermenéutica, y se buscaron los documentos txt antes guardados (Fig. 14).



Figura 13. Creación de nueva unidad hermenéutica

Figura 14. Agregar documentos txt

Una vez ubicados los documentos (Fig. 15), se seleccionaron y se agregó (documento corregido). Al terminar de cargar, aparece el mensaje de carga exitosa (Fig. 15). Por otro lado, aparece una leyenda de color amarillo en la parte superior de la ventana, la cual indicaba que no había documento.

Al lado del botón DPs apareció una barra que mostraba el nombre de uno de los documentos, se seleccionó en la flecha que estaba al lado del documento (Fig. 16).

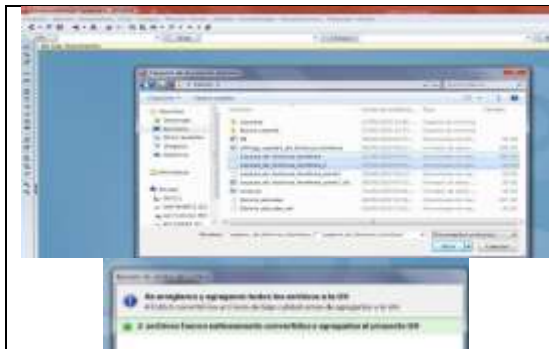


Figura 15. Documentos seleccionados en la unidad hermenéutica y carga exitosa

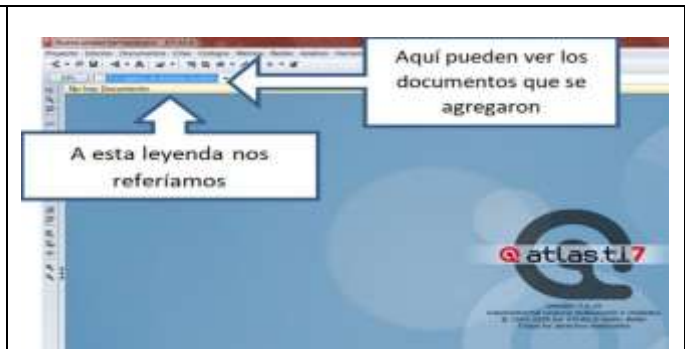


Figura 16. Visualización de documento a trabajar

Se le dio clic al primer documento (Fig.17) y apareció todo el texto (txt). Después se seleccionó el segundo y se repitió el mismo proceso (Fig.18).



Figura 17. Selección de documentos



Figura 18. Visualización de documento en consola

7.3.3. Paso III: Caracterización del contenido

Al momento de haber cargado ambos documentos, en la parte superior de la ventana, seleccionar “Códigos”, se mostraron varias opciones, se seleccionó “crear código(s) libre”, donde aparece una nueva ventana, ahí se agregaron varios códigos que se pensaron que eran importantes y además que se repiten en los expedientes, una vez listos todos los códigos se da clic en OK. Después de haberlos agregado se pueden ir añadiendo nuevos códigos (Fig. 19 y Fig. 20).

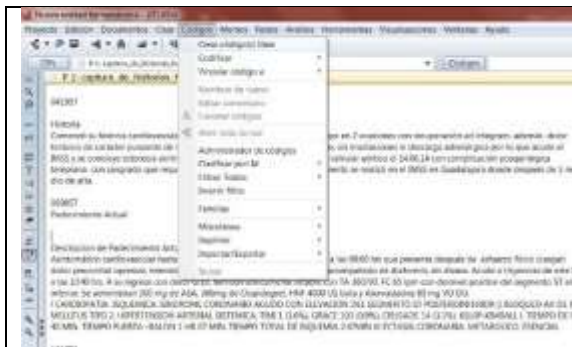


Figura 19. Opciones para crear códigos

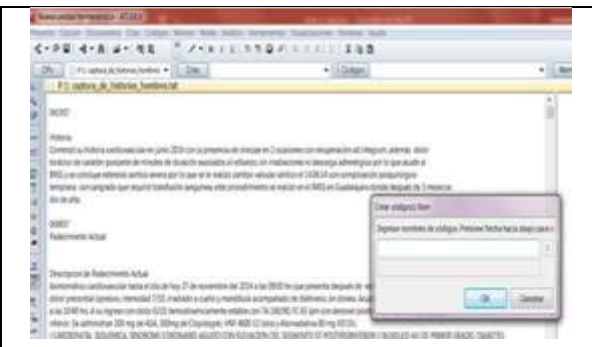


Figura 20. Cuadro donde se agrega el código

Una vez creados los códigos, se selecciona la opción de “Citas”, en donde se abre una ventana, la cual muestra los códigos realizados en la parte izquierda, la ventana se puede ajustar para poder leer el texto de los expedientes (Fig. 21 y Fig. 22)

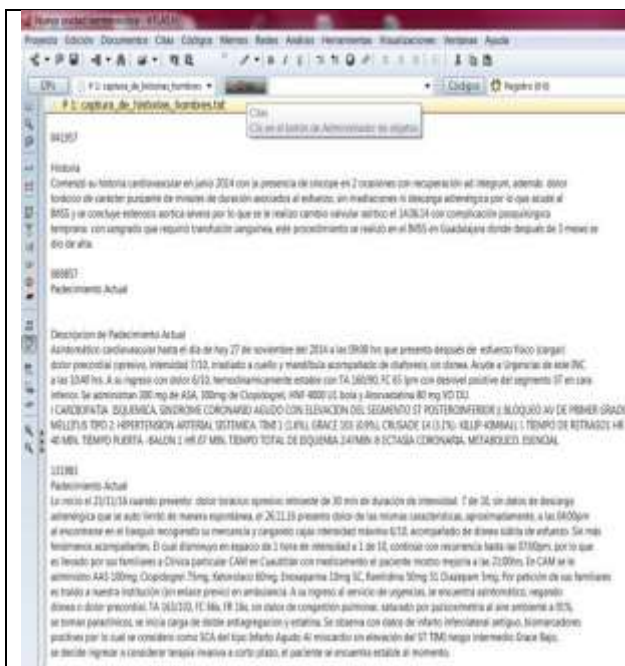


Figura 21. Selección de ventana para la siguiente imagen

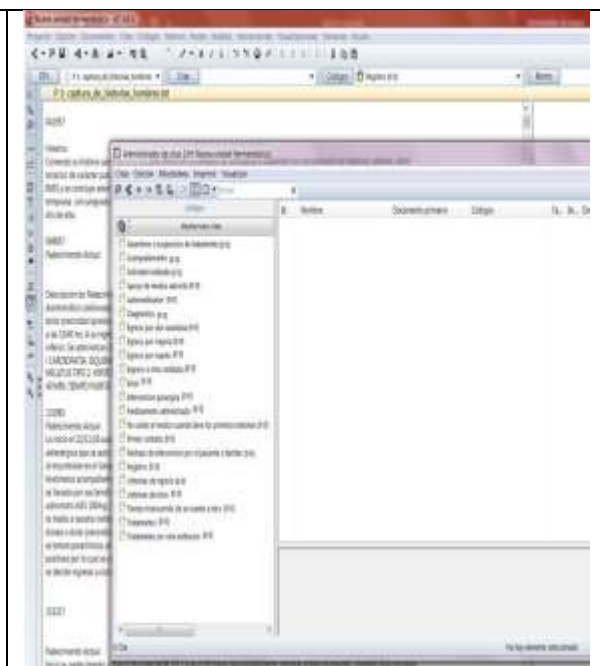


Figura 22. Códigos agregados

Una vez que se hizo la ventana más pequeña se comenzó a seleccionar la parte del texto que correspondía a alguno de los códigos de la izquierda, el texto se arrastró a la parte superior derecha y después fue llevado al código correspondiente (Fig. 23). Aquí también se pueden corregir errores ortográficos o numéricos, esto se realizó en los dos txt (Fig.24).

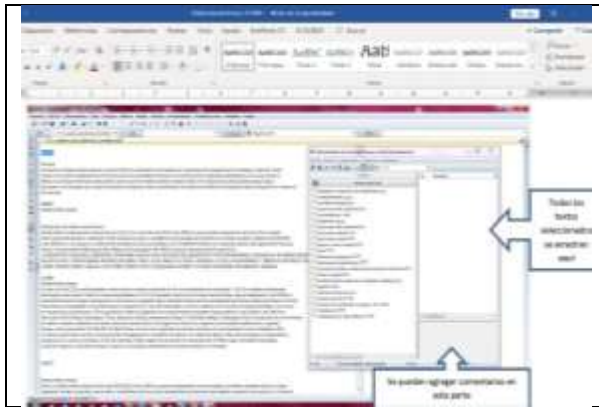


Figura 23. Sitio de arrastre del texto

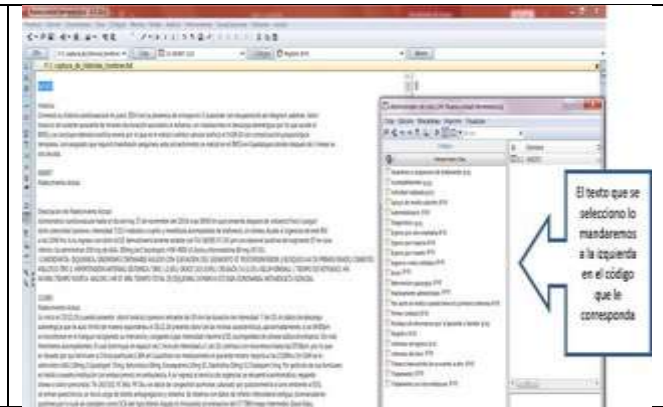


Figura 24. Códigos correspondientes

Conforme se seleccionaba el texto y se iban agregando a los códigos, se podían observar a lado del texto la presencia de pequeños iconos de color y a su lado indicaba el nombre del código al que pertenecía junto con la sección del texto, al dar clic sobre el icono, este subrayaba el texto seleccionado (Fig. 25). A partir de estos se ubicaron algunos códigos clave del tema de interés, mismos que en el escaneo inicial no habían sido identificados, lo cual ayudó a construir el marco teórico del tema, así como, para comprender las raíces del área temática aportando más información sobre las direcciones del análisis. Para ello, se seleccionó el botón “DPs”, abriendo otra ventana (Fig. 26), la cual mostraba los dos documentos ya trabajados, al seleccionar el primer documento, se abrió un nuevo menú, se le dio clic “Imprimir” y se selecciona “Citas” (Fig. 27, Fig. 28 y Fig. 29)

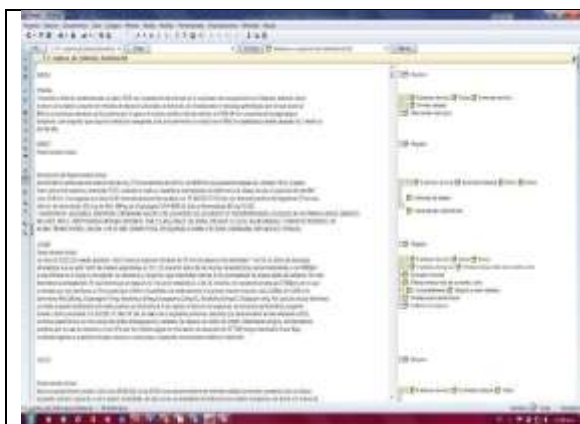


Figura 25. Iconos indicando las categorías

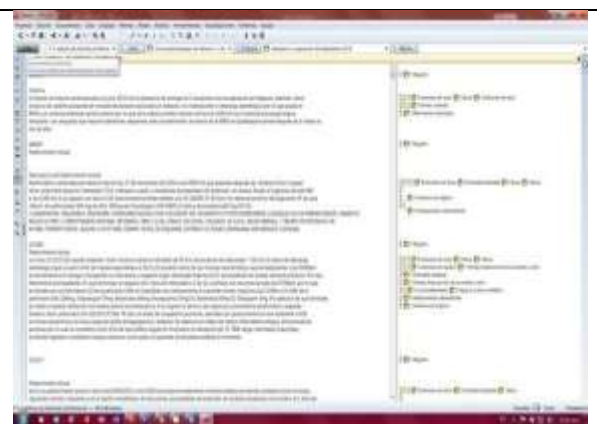


Figura 26. Selección de opción DPs

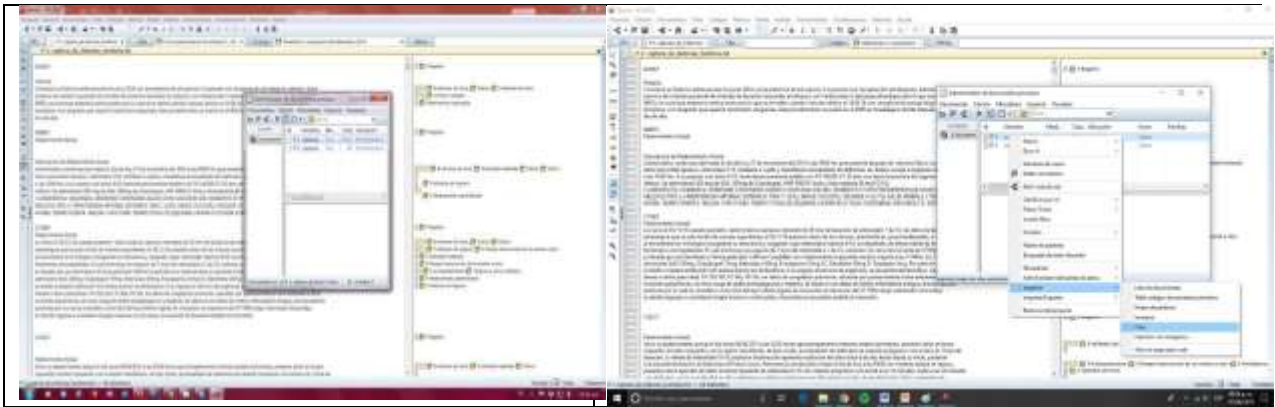


Figura 27. Muestra ambos documentos

Figura 28. Realización del concentrado

Al terminar de cargar nos apareció una nueva ventana la cual decía “Enviar resultado a”, por lo que se seleccionó la opción archivo y luego en OK, después nos abrió otra ventana, para guardar y nombre con el que se guardaría el documento (Fig. 30). Este se guardó en la carpeta Dennis ubicada en el escritorio y con el nombre de “all- frags.capturas.de.hombres”. (Carpeta de almacenamiento de documentos utilizados y de nueva creación)

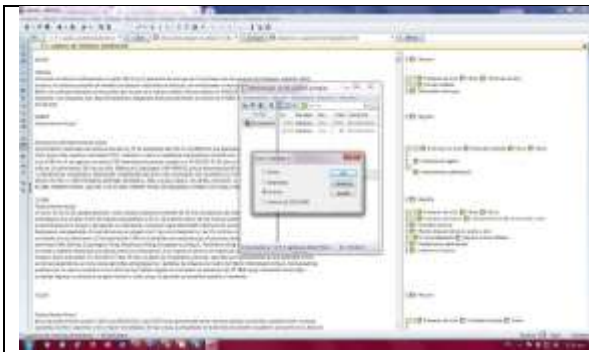


Figura 29. Seguimiento

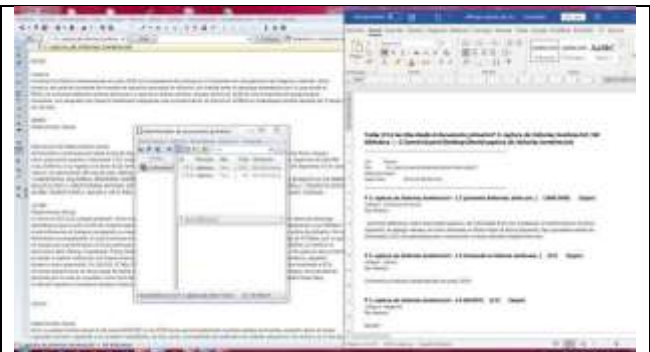


Figura 30. Documento final

Después se sacó una lista de todos los códigos con sus respectivas citas, para conocer las recurrencias que tenían entre ellas. Se seleccionó el botón de “Códigos”, nos abrió otra ventana con todos los códigos que hicimos y a lado de cada una de ellas una barra, gracias al tamaño de estas barras pudimos notar que mientras más grande era, más recurrente era ese código. Se volvió a seleccionar el botón de “Código” de esta ventana nueva, nos mostró un menú nuevo, se le dio clic en la opción imprimir y se seleccionó “Todos los códigos con cita” (Fig. 31 y 32)

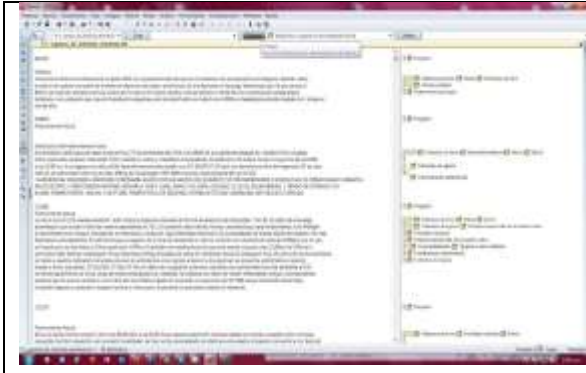


Figura 31. Administrador de códigos seleccionados

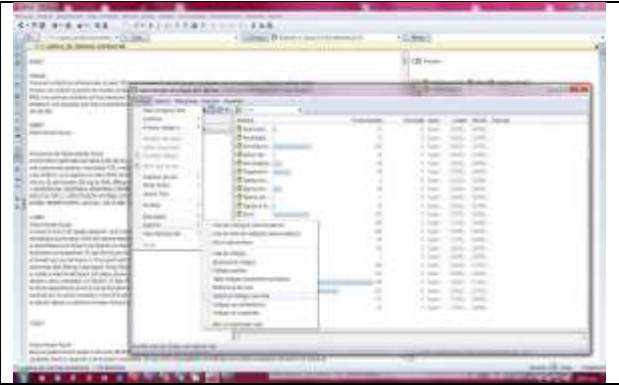


Figura 32. Opciones seleccionadas

Una vez que termino de cargar apareció la opción de “enviar resultados a”, en esta ocasión se le puso editar (ya que desde aquí también se podía guardar el documento), una vez que le dimos OK, nos apareció otro documento nuevo, en este aparecía el código, junto con todas las citas de ese mismo código que se encontraron en ambos textos (Fig. 33 y Fig. 34).

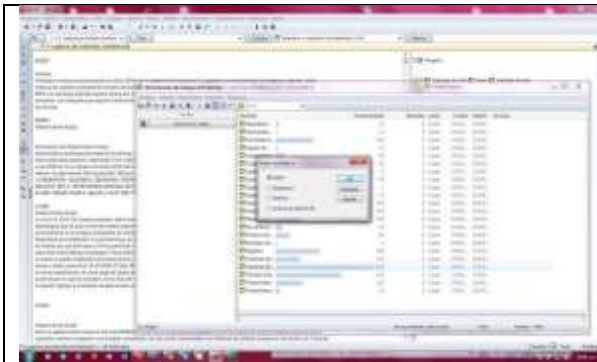


Figura 33. Editor de ventana

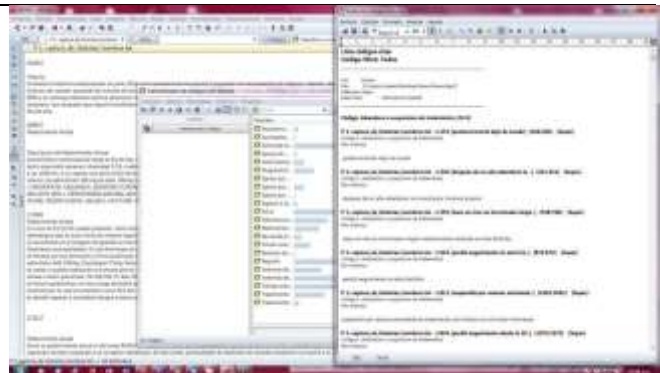


Figura 34. Documento con códigos y citas

Esta información también se puede obtener a través de otro método de una manera resumida, pero no se agregaron para no ser repetitivos.

Una vez terminado el análisis paso a paso se descartaron algunos expedientes por pertenecer a pacientes del sexo femenino.

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

8.1. Paso I: Descripción de la población

Los resultados muestran las características generales de los pacientes, revelando el porcentaje de abandono del tratamiento. A pesar de no ser muchos los casos de abandono, es muy importante que éstos se reduzcan al mínimo con la finalidad de que la prevalencia de defunciones disminuya.

Característica Px. IAM-INCICH

Abandono, n (%)	
Casos de abandono	
si	19 (9.54)
no	180 (90.46)

Tabla 6: Características generales de la población. Las variables categóricas se describen como frecuencias absolutas con proporción, n (%)

En la tabla 6 podemos observar que la muestra que se tomó solo un 9.54% de los pacientes abandonaron su tratamiento, esta cifra puede ser debido a que la muestra que se tomó es pequeña y asimismo no se sabe si el 90.46% de los pacientes mintieron sobre el abandono de su tratamiento, con tal de no ser regañado por el médico.

Sociodemográficas, n (%)

Nivel socioeconómico

0	2 (1.02)
1	85(43.37)
2	74 (37.76)
3	13 (6.63)
4	1 (0.51)
5	7 (3.57)
6	11 (5.61)

7	1 (0.51)
8	2 (1.02)

Tabla 7: Nivel socioeconómico de los pacientes

En la anterior tabla se observan los niveles económicos de la población estudiada, siendo las personas con menores ingresos quienes tienen una mayor incidencia a padecer esta enfermedad, se observa que más de la mitad de los sujetos de estudio no cuentan con un buen nivel económico, y son pocos los pacientes que pueden solventar los gastos de su enfermedad. Provocando que los pacientes con bajos ingresos abandonen su tratamiento.

Tabla 8: Factores de riesgo de pacientes

Característica	Px. IAM-INCICH
Factores de riesgo positivos	
Autoreporte de tabaquismo, n (%)	114 (58.16)
Autoreporte de alcoholismo, n (%)	47 (24.10)
Edad, (Media, SD)	63.88 (11.29)
Índice de masa corporal, (Media, SD)	27.50 (4.13)
Presión arterial sistólica, (Media, SD)	122.51 (20.81)
Presión arterial diastólica, (Media, SD)	75.94(13.37)

Las variables categóricas se describen como frecuencias absolutas con proporción, n (%); Las variables continuas se describen como medianas con rangos intercuartiles (RIQ, Q1 Q3) y como promedio y desviación estándar (SD).

En la tabla 8 podemos observar los principales factores de riesgos que afectan primordialmente a los pacientes con cardiopatía isquémica, siendo el tabaquismo el principal factor con un 58.16%, seguido por el alcoholismo con un 24.10%. Estos dos factores agravan más la enfermedad.

Tabla 9: Afecciones diagnosticadas al egreso hospitalario

AFECCIONES	Px. IAM-INCICH
PRINCIPAL, n (%)	
I21.0	1 (0.51)
I21.1	1 (0.51)
I21.9	3 (1.53)
I22.9	1 (0.51)
I25.1	1 (0.51)
I25.5	17 (8.67)
I25.8	170 (86.76)
I45.2	1 (0.51)
N18.9.0	1 (0.51)
AFECCIÓN 1	
I70.9	63 (32.14)
I24.8	21 (10.71)
I25.1	16 (8.16)
I20.0	15 (7.65)
Z95.5	6 (3.06)
Otros	75 (38.26)
AFECCIÓN 2	
I70.9	52 (26.53)
Y83.1	44 (22.45)
Z95.5	14 (7.14)
I10X	8 (4.08)
I25.2	7 (3.57)
Otros	71 (36.22)
AFECCIÓN 3	
Z01.7.9	174 (88.78)
A41.9	4 (2.04)
E78.5	4 (2.04)
RR00.1	2 (1.02)
I10X	2 (1.02)
Otros	10 (5.10)

Las variables categóricas se describen como frecuencias absolutas con proporción, *n* (%). Se usa la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) para describir el diagnóstico al egreso hospitalario: I21.0, Infarto transmural agudo de miocardio de la pared anterior; I21.1, Infarto transmural agudo de miocardio de la pared inferior; I70.9, Aterosclerosis generalizada y la no especificada; Y83.1, Operación quirúrgica con implante de un dispositivo artificial interno; Z01.7, Examen de laboratorio.

Podemos observar que la primera afección de aterosclerosis generalizada y no específica, es la principal causa por la cual el 63% de los pacientes reingresan al hospital, la cual se ve agravada debido a que el paciente continúa con sus malos hábitos como lo son el seguir fumando y bebiendo.

En la siguiente tabla se muestra de manera detallada cuántos pacientes y las razones por las cuales el paciente abandonó el tratamiento. En dos de los expedientes se repite la variable de abandono, por lo tanto nos da un total de 21, pero en realidad son 19 pacientes los cuales abandonaron su tratamiento. Ver tabla 10.

Tabla 10: Pacientes que abandonaron su tratamiento

Abandono de tratamiento	No. de hombres
Causas médicas	7
Decisión propia	10
Pérdida de seguimiento hospitalario	4
Total	21

En la tabla 10 podemos observar que la mayoría de los pacientes que dejaron su tratamiento fue por decisión propia, debido a que tenían o sentían mejoría en su estado de salud, creyendo que el dolor no regresaría. Seguido por los 7 pacientes que dejaron su tratamiento por causas médicas y no se conoce si se les recetó algún medicamento parecido o después el médico le aconsejó que continúen con el que les había suspendido.

8.2. Paso II: Categorización y codificación de datos

Se muestra una lista de las actividades que estaba realizando el paciente antes de iniciar con los síntomas de un nuevo ataque cardiaco. (Fig. 35)

Citas seleccionadas sobre actividad previa al evento	P 1: esfuerzo físico
P 1: actividad física importante como caminar rápido o correr.	P 1: en reposo
P 1: en reposo	P 1: en reposo
P 1: labores cotidianas (Trabajo en tienda de abarrotes)	P 1: actividad física
P 1: posterior a levantarse	P 1: en reposo
P 1: al despertar	P 1: movimientos corporales
P 1: al encontrarse subiendo escalones	P 1: esfuerzo físico
P 1: esfuerzo físico (cortar el pasto durante 1 hora)	P 1: al caminar
P 1: encontraba en sueño fisiológico	P 1: posterior a la ingesta de comida
P 1: en reposo	P 1: en reposo
P 1: al ir manejando.	P 1: camina
P 1: después de haber tenido discusión la cual concluyo en agresión física (esfuerzo)	P 1: al subir 2 pisos por escaleras
P 1: esfuerzo (al subir escaleras)	P 1: al reposo
P 1: mientras dormía	P 1: en reposo
P 1: conduciendo un automóvil	P 1: esfuerzo físico
P 1: en reposo	P 1: en reposo
P 1: discutir con hijo	P 1: medianos esfuerzos
P 1: en reposo	P 1: ir manejando
P 1: esfuerzos físicos (subir pendiente)	P 1: en reposo
P 1: actividad física leve	P 1: esfuerzo mínimo
P 1: dormido	P 1: en reposo
P 1: esfuerzo caminar aproximadamente 100mts	P 1: en reposo
P 1: haciendo ejercicio	P 2: mientras se bañaba
P 1: en reposo	P 2: caminata
P 1: con ingesta de alimentos	P 2: en reposo
P 1: caminata en una pendiente	P 2: conduciendo un automóvil
P 1: manejaba	P 2: limpiando su jardín
P 1: en reposo	P 2: esfuerzo (levantando material de construcción).
P 1: reposo	P 2: posterior a la ingesta de comida irritante
P 1: relacionada con el esfuerzo	
P 1: esfuerzo	

Figura 35: Lista de actividades que realizaron antes del infarto.

En esta gráfica se muestra de manera resumida la figura 35 en donde podemos observar las actividades que realizaba el paciente antes de sufrir el ataque, nos podemos dar cuenta que al encontrarse en reposo es donde principalmente hubo un mayor número de casos, seguido por la actividad física moderada y por la actividad física vigorosa.



Figura 36: Porcentaje de las diferentes citas

8.3. Paso III: Caracterización del contenido

Los resultados en esta parte llaman mucho la atención ya que en varios de los expedientes decían que el paciente había abandonado el tratamiento, por su propia cuenta o por que el médico se lo había indicado. Siendo más los que lo abandonan por cuenta propia, al ya no sentir ningún dolor (Fig.37).

De 199 pacientes en el estudio el 41.7% abandonaron su tratamiento, como se muestra en la tabla 10, la mayoría lo deja por decisión propia, seguido por quienes lo dejan por causas médicas. El abandono del tratamiento se da mucho más por decisión personal, aunque no se sabe si los costos del tratamiento también influya en su decisión, aunque también hay pacientes que lo deciden dejarlo porque ya sienten

una mejoría en su salud, provocando que el paciente recaiga nuevamente en este padecimiento de la misma forma o con una mayor intensidad.

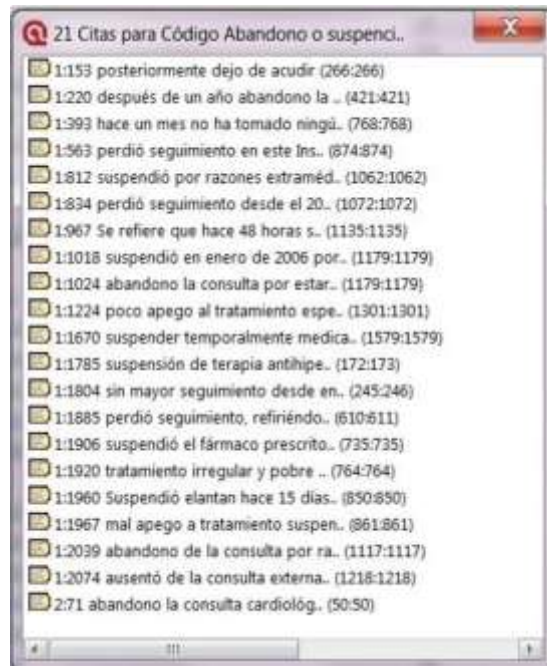


Figura 37: Lista de la causa del abandono o la suspensión del tratamiento.

En el artículo “la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para la mejora de la calidad de vida” nos dice que es muy importante el apoyo de la familia, ya que el tipo de tratamientos llegan a ser muy largos, al punto de que el paciente se fastidie, que al no sentir más dolor el paciente decida abandonar el tratamiento. Sin embargo, esto puede llevar a un ataque mucho peor que el anterior e incluso llegar a la muerte, por ello la importancia de la familia, para las personas que se encuentran sin pareja, en su mayoría suelen abandonar su tratamiento, posiblemente porque no hay quien los ayude a continuar con el mismo (Tabla 10).

Tabla 11: Estado civil

Soltero	6
Casados	7
Divorciados	3
Viudos	2
Total	19 1 desconoce

Por otro lado, no podemos decir si el nivel educativo es un factor que influya en el abandono del tratamiento, puesto que no se tienen datos precisos sobre la escolaridad de los pacientes y esto descarta el tener certeza de la relación, ya que no se conoce el nivel de escolaridad de varios de ellos (Tabla 11).

Tabla 12: Nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	
Básico	5
Medio superior	2
Superior	1
Sin estudios	2
No se conoce	9
Total	19

Es importante que el paciente después de haber sufrido un infarto continúe con actividad física moderada, para que después pueda volver a su vida normal, entre otras lo laboral. Sin embargo, podemos observar que en la población estudiada la mayoría de los pacientes se encuentran desempleados, esto puede provocar que algunos de los pacientes dejen de tomar sus medicamentos debido a que no cuentan con ingresos para comprar sus medicinas (Tabla 12).

Tabla 13. Estatus Laboral

Actividad laboral	
Empleado	8
Desempleado	10
No se conoce su situación laboral	1
Total	19

En las siguientes imágenes se muestran como ejemplos algunas capturas de pantalla de los expedientes de los pacientes que abandonaron su tratamiento, en ellas se muestra resaltado el folio, el momento en que abandonaron su tratamiento, al igual que la actividad que realizaba antes iniciaran los síntomas y también el tratamiento que se le administró al paciente. Todos estos datos se encuentran con un color azul y con la letra un poco más grande que el resto del texto. Ver figura 38.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, como también en la literatura, nos pudimos percatar de que existen distintos factores que intervienen en el abandono del tratamiento farmacológico. Al revisar los expedientes de los pacientes nos dimos cuenta de que no se indaga lo suficiente al momento de realizar la entrevista médico-paciente, o quizá no se transcriba por completo en el expediente clínico, de tal manera que es difícil deducir qué pasa en el contexto socio-médico del paciente infartado referente a cuestiones como apoyo social o apoyo de la comunidad, entre otros, mostrando que no podemos investigar a mayor profundidad el expediente clínico, por la falta de estos datos, limitando un poco nuestra búsqueda de información.

Así mismo se sabe que el éxito de una estrategia de tratamiento puede depender tanto de la capacidad o la voluntad del paciente de mantener la adherencia al tratamiento como de los posibles obstáculos más que solo de los aspectos médicos. Por lo tanto, la adherencia comprende acciones de autocuidado complejas que resultan de recibir orientación acerca de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que implican cambios en el estilo de vida (Velandia-Arias and Rivera-Álvarez, 2009).

De acuerdo con lo mencionado anterior nos damos cuenta que en realidad es todo un reto para el paciente el cambio tan brusco de su hábitos una vez que sale del hospital, pues se enfrenta a la libertad y el poder continuar con su vida a como era antes de presentar el evento cardiovascular, sin embargo el paciente debe realizar muchos cambios en su estilo de vida para evitar tener otro evento igual o peor que el anterior, por ello es que puede llegar a fastidiarse por el cambio tan extremo que hace.

- Retomando los objetivos que se plantearon desde un inicio nos pudimos percatar de que en el primer objetivo:

Determinar si la presencia de comorbilidades puede estar asociada al abandono farmacológico en los casos estudiados.

Nos dimos cuenta de que varias de estas comorbilidades sí intervienen en el abandono del tratamiento puesto que en algunas ocasiones, el médico les pide suspender "X" medicamento a causa de otros padecimientos que esté sufriendo (por ser antagonistas), por lo cual no se conoce si el paciente después retoma el

medicamento antes suspendido o el médico le suscriba otro medicamento parecido o en el peor de los casos el paciente no lo vuelva a tomar a causa de que él se encuentra asintomático, por lo que concordamos con los autores *Peralta y Carbajal (2008)* quienes nos dicen que los pacientes son quienes al final toman la decisión sobre su medicación y la manera en cómo ellos tratan de hacerle frente a su enfermedad.

Mientras que para el segundo objetivo se encontró lo siguiente.

- Conocer si los eventos de reingreso y mortalidad pudieran estar asociados al abandono farmacológico en los casos estudiados.

La *sociedad europea de cardiología (2015)* muestra que la tasa de abandono farmacológico es más alta en los programas de rehabilitación cardiaca a nivel mundial, pues solo un 50% de los pacientes continúan con su tratamiento. Por otro lado, Mientras el doctor Javier Soto (2009) nos indica que la falta de adherencia al tratamiento empeora la enfermedad, provocando un aumento en la morbimortalidad, como también la disminución en la calidad de vida y la necesidad de administrar otro tipo de tratamiento más intenso.

Concordando con estos dos autores nos percatamos que al leer los expedientes en la mayoría de las veces que re-ingresaba el paciente era a causa de que al sentirse bien, sin sintomatología abandonaba su tratamiento, y al sentir que el dolor nuevamente regresaba el paciente volvía a tomar el medicamento que había abandonado o se auto medicaba con otro (en la mayoría de los casos era con aspirina), en ocasiones esto funcionaba hasta que regresaba otra vez el dolor, pero esta vez mucho más intenso que en la ocasión anterior.

9. CONCLUSIÓN

Se puede concluir que los pacientes al tener otras afecciones son más propensos a abandonar o suspender su tratamiento, ya sea por decisión propia o por petición de su médico a causa de alguna otra enfermedad. Debido a que los pacientes no perciben dolor y se sienten bien sin ese medicamento deciden abandonar su tratamiento, creyendo que el dolor no regresará.

Otra de las cosas que se observaron es que los pacientes que viven solos o de cierta edad son quienes más fácilmente pueden abandonar su tratamiento debido a que no hay alguien que les recuerde tomar su medicación o de ir a sus citas médicas, como también el de llevar un estilo de vida adecuado, para mantener su salud. Por otro lado también hay pacientes que cuentan con su familia pero aun así ellos toman la decisión de no continuar con el tratamiento, como también hay pacientes solteros que deciden continuar con su medicación. Mientras que el desempleo puede ser un factor que afecte o intervenga para que se abandone el tratamiento, puesto que en la muestra que se tomó la mayoría de los pacientes eran desempleados y muy pocos tenían un empleo. Por otro lado tampoco podemos decir que el nivel de escolaridad es un factor que intervenga ya que la mayoría de ellos se desconoce.

Debido a que los medicamentos son prolongados y para el resto de su vida el paciente puede llegar a cansarse debido a toda la medicación, como también al cambio tan drástico que hace en su alimentación y en su actividad física, es aquí en donde entra el promotor de la salud, ya que es quien tratará de brindarle apoyo y orientarlo a que continúe con su tratamiento farmacológico y con un estilo de vida saludable. A su vez se podrían crear grupos de apoyo entre los pacientes, el personal de salud, los familiares y los promotores de la salud, esto con el fin de que los pacientes no abandonen su tratamiento, por ejemplo en el caso de los pacientes que se encuentran solos, esto podría motivarlos a continuar con el tratamiento y a realizar otras actividades, como también con los pacientes que tienen familia y no quieren continuar con su tratamiento.

Dentro de los grupos de apoyo se podrían realizar ciertas actividades que los mantengan ocupados, y que al mismo tiempo puedan hacer estando en casa, como puede ser enseñarles a pintar, realizar manualidades, al igual que enseñarles cosas que ellos en algún momento quisieron aprender y que por alguna razón u otra no lo pudieron hacer.

La familia es muy importante para este tipo de pacientes puesto que son ellos quienes los motivan a seguir adelante, y son aún más importantes para aquellos que requieren ayuda para tomar sus medicamentos, como para ir al médico y llevar un sano estilo de vida, en ambos casos es importante que la familia también adopte este cambio en su estilo de vida, siendo así un tipo de apoyo para que al paciente no se le haga tan pesado el cambio por el cual va a pasar, prolongando así la vida de su paciente como también el de la familia.

De manera general lo que se busca con esta tesis es acabar con esta problemática ya que el abandono de tratamiento es un problema bastante grave y que va en aumento, por lo que se debe enfrentar y atacar de raíz, haciendo concientizar a los pacientes sobre la importancia de su tratamiento, con el fin de reducir la tasa de mortalidad a falta del abandono del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Por ello el trabajo del promotor de la salud junto con el personal de salud, el paciente y la sociedad es bastante importante, ya que se busca crear buenas estrategias para que se tenga un menor abandono de los tratamientos y a si pueda llegar a una plena y completa rehabilitación, esto con el fin de tener una mejor calidad de vida en los pacientes y en la población en general.

10. Bibliografía

- Barajas, E. R. and Mansilla, R. (2006). Las ciencias de la complejidad y la innovación médica.
- Barbosa, J. E. (2009). Breve historia del corazón y de los conocimientos cardiológicos. España. Editorial Nerea.
- Barrio, R. A., Flores, R. X., and Vázquez, R. J. M. (08 de Septiembre de 2016). Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento st.
- Barrueta, O. I. and Verdugo, R. M. (2017). Adherencia.
- Cabrera Zamora, J. L. (2014). Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascolar*, 15(2):75–88.
- Cardona, M. J. M. and Herrera, M. d. C. Z. (2017). Necesidad de cuidados culturalmente congruentes en personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(1):25–36.
- Castellano, J. M., Narula, J., Castillo, J., and Fuster, V. (2014a). Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Revista Española de Cardiología*, 67(9):724–730.
- Castellano, J. M., Peñalvo, J. L., Bansilal, S., and Fuster, V. (2014b). Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. *Revista Española de Cardiología*, 67(9):731–737.
- Castellano, J. M., Peñalvo, J. L., Bansilal, S., and Fuster, V. (2014c). Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. *Revista Española de Cardiología*.
- Castro, A. (2017). Rehabilitación cardíaca: cómo recuperarse tras un infarto.
- Cisneros Sánchez, L. G. and Carrazana Garcés, E. (2013). Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(4):369–378.
- Cocho, G. (2005). Sociedades complejas. Ruelas, Enrique y Ricardo Mansilla, Las ciencias de la complejidad y la innovación médica, UNAM/CEIICH/SSA/Plaza y Valdés, México.
- Corazón, F. E. D. (18 de Abril de 2013). Cardiopatía isquémica.
- Córdova-Villalobos, J. A´., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., de León-May, M. E., and Aguilar- Salinas, C. A. (2008). Las enfermedades

crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública de México*, 50(5):419–427.

Coronel Carbo, J. and Marzo Páez, N. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América latina. *MediSan*, 21(7):926–932.

Dagron, A. G. (2010). Cuando el doctor no sabe: comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, (31):67–93.

De La Guardia Gutiérrez, M. A. and Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1):81–90.

Ministerio de Salud, M. (2017). Enfermedades cardiovasculares.

Grupo de trabajo de Prevención y Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Andaluza de Cardiología, G. (2017). Seguimiento del paciente con cardiopatía isquémica en fase iii de rehabilitación cardíaca.

Procuraduría General del Consumidor, P. F. (2017). No rompas más tu corazón. *Salud cardiovascular* <https://www.gob.mx/profeco/documentos/no-rompas-mas-tu-corazon-salud-cardiovascular?state=published>.

Duhagon, P., Falero, P., FARRÉ, Y., Gambetta, J. C., GUTIÉRREZ, G., Ko" NCKE, F., MÉNDEZ, V., MONTANO, A., OLIVERA, R., PACCHIOTTI, C., et al. (2005).

Promoción de la salud cardiovascular en la infancia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 76(1):51–58.

Eagle, K. A., Kline-Rogers, E., Goodman, S. G., Gurfinkel, E. P., Avezum, A., Flat-her, M. D., Granger, C. B., Erickson, S., White, K., and Steg, P. G. (2004). Adherence to evidence-based therapies after discharge for acute coronary syndromes: an ongoing prospective, observational study. *The American journal of medicine*, 117(2):73–81.

EcuRed (19 de Octubre del 2015). Análisis de contenido. EcuRed (2019). Rehabilitación cardiopatía isquémica.

Estable Díaz, A. et al. (2006). Rehabilitación cardiaca en cardiopatía isquémica. *Revista de Fisioterapia*, 5(1).

Ferreira-González, I. (2014). Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista española de cardiología*, 67(2):139–144.

Friese, S. (2014). *Qualitative data analysis with Atlas.ti*. Sage.

Gabriel, R., Alonso, M., Segura, A., Tormo, M. J., Artigao, L. M., Banegas, J. R., Brotons, C., Elosua, R., Fernández-Cruz, A., Muñiz, J., et al. (2008). Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio erice. *Revista Española de Cardiología*, 61(10):1030–1040.

García, H., Álvarez, R., and Garrido, R. (18 de Abril de 2013). Comportamiento de la cardiopatía isquémica en el barrio los indios del estado Guárico de Venezuela.

Georgieva, R. I. et al. (2007). Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento hipolipemiante en la enfermedad cerebrovascular, cardíaca y periférica.

Gibbs, G. R. (2008). *Analysing qualitative data*. Sage.

Giraldoni, A. F. M. (2008). A propósito de las iniciativas locales de promoción de salud cardiovascular en Cienfuegos. *Medisur*, 6(3):108–111.

Glazer, K. M., Emery, C. F., Frid, D. J., and Banyasz, R. E. (2002). Psychological predictors of adherence and outcomes among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 22(1):40–46.

Gómez, L. A. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica*, 31(4).

Gómez Arqués, M. A. et al. (2005). Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años.

Guindo, J. (2016). Características de la muerte súbita.

Guzmán, R. G. and Ramírez, J. A. (2010). Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 53(5):35–432.

Hernández Herrera, J. M. (2010). Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. *Revista costarricense de salud pública*, 19(1):48–55.

Hwang, S. (2008). Utilizing qualitative data analysis software: A review of atlas.ti.

Social Science Computer Review, 26(4):519–527.

Iglesias, Becoña, E., Vázquez, F. L., and Oblitas Guadalupe, L. A. (1999). Promoción de los estilos de vida saludables: realidad o utopía?

INEGI (31 DE OCTUBRE DE 2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017.

Jaramillo-Jaramillo, M. and Zambrano-Chaves, J. M. (2018). Diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica en mujeres. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25:84–90.

Lasheras, B., Martínez, J. A., and Ariño-Plana, A. H. (1996). El farmacéutico y la salud pública: XV curso de actualización para postgraduados en farmacia.

López Noguero, F. et al. (2002). El análisis de contenido como método de investigación.

Mackenbach, J. P., Cavelaars, A., Kunst, A. E., and Groenhouf, F. (2000). Socio- economic inequalities in cardiovascular disease mortality. an international study. *European heart journal*, 21(14):1141–1151.

Martínez García, M., Vallejo, M., Hernández-Lemus, E., and Álvarez-Díaz, J. A. (2019). Novel methods of qualitative analysis for health policy research. *Health research policy and systems*, 17(1):6.

Martinez, R. M. A. (2014). Infarto agudo de miocardio.

Mauri, M., Elli, T., Caviglia, G., Uboldi, G., and Azzi, M. (2017). Rawgraphs: A visualisation platform to create open outputs. In *Proceedings of the 12th Biannual Conference on Italian SIGCHI Chapter*, page 28. ACM.

Mendoza, L. R. (2016). Análisis de la mortalidad en México de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles relacionadas con la obesidad: una proyección al año 2020. PhD thesis, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.

Muhr, T. (1991). Atlas.ti a prototype for the support of text interpretation. *Qualitative sociology*, 14(4):349–371.

OMS (2013). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura.

OMS (2015). Enfermedades cardiovasculares.

OMS (24 de Mayo de 2018). Las 10 principales causas de defunción.

Padgett, D. K. (2016). *Qualitative methods in social work research*, volume 36. Sage Publications.

Peralta, M. L. and Carbajal, P. (2008). Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 17(3):84–8.

- Pineda, C. L. F. (2010). Factores asociados con la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de la salud de Bucaramanga, Colombia 2010.
- Quintero Fleites, E. J., Fe de la Mella Quintero, S., and Gómez López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21(2):101–111.
- Rodríguez Artalejo, F. and Rey Calero, J. d. (1999). La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. *Revista Española de Salud Pública*, 73(4):435–437.
- Rodríguez-López, M. R., Varela, M. T., Rincón-Hoyos, H., Velasco, M. M., Caicedo, D. M., Méndez, F., and Gómez, O. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2):192–199.
- Roux, A. V. D., Merkin, S. S., Arnett, D., Chambless, L., Massing, M., Nieto, F. J., Sorlie, P., Szklo, M., Tyroler, H. A., and Watson, R. L. (2001). Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 345(2):99–106.
- Sánchez, R. C., Bermúdez, E. P., López-Palop, R., and Chavarría, M. V. (2001). Cardiopatía isquémica. El síndrome crónico: la angina estable. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(43):2281–2286.
- Sellén, C. J., Sellén, S. E., Barroso Pacheco, L., and Sellén Sánchez, S. (2010). Diagnóstico y tratamiento de la angina inestable aguda e infarto miocárdico sin elevación del segmento st. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 29(2):274–293.
- Smit, B. (2002). Atlas.ti for qualitative data analysis. *Perspectives in Education*, 20(3):65–75.
- Soto, J. (2009). La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. J. Soto (Presidencia), Tercer Foro Diálogos Pfizer- Pacientes. Foro llevado a cabo en Madrid, España.
- Suárez Jiménez, J. M. (2011). Las enfermedades cardiovasculares, gestión de sistemas subnacionales de salud y recomendaciones para plan de acción.
- Tilson, H. H. (2004). Adherence or compliance changes in terminology. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(1):161–162.
- Vallejo, M., Martínez-García, M., and Zapata Martín del Campo, C. M. (2019). Determinantes sociales en la cardiopatía isquémica. *Tratado de Cardiología*, 1:849–860.

Velandia-Arias, A. and Rivera-Álvarez, L. N. (2009). Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Revista de Salud Pública*, 11:538–548.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., and Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1):7–11.

Villegas, M., Lifshitz, A., and Cocho, G. (2013). Enfermedades complejas, “un puente” entre paradigmas. Ruelas E, Mansilla R, coords. *Estado del arte de la medicina*, 2014.

Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppard, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., et al. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*, 73(5):691–705.

Wong de Liu, C. (2012). *Estilos de vida*.

Moriello, S. (2003). Sistemas complejos, caos y vida artificial. *Red científica*, 1579-0233.

Betancourt Betancourt, José Antonio, & Ramis Andalia, Rina M. (2010). Apuntes sobre el enfoque de la complejidad y su aplicación en la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 160-165. Recuperado en 21 de junio de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200010&lng=es&tlng=es.