

# Factores que afectan la calidad de vida en pacientes con infarto agudo de miocardio

## Determinant factors affecting quality of life in patients with acute myocardial infarction

Alexandra J. Hurtado-Ortiz<sup>1,2</sup>, Maricel Licht-Ardila<sup>1</sup>, Édgar F. Manrique-Hernández<sup>1</sup>, Giselly M. Nieves-Cuervo<sup>3</sup>, Jhon F. Argüello-Duarte<sup>4</sup>, Angélica T. Pérez-Cárdenas<sup>4</sup>, Mary A. Mendoza-Monsalve<sup>1\*</sup> y Diana I. Cañón-Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Epidemiología, Fundación Cardiovascular de Colombia, Piedecuesta; <sup>2</sup>Departamento de Posgrado en Enfermedades Infecciosas, Universidad de Santander, Bucaramanga; <sup>3</sup>Departamento de Salud Pública, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga; <sup>4</sup>Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Floridablanca. Colombia

### Resumen

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio (IAM) es una condición médica que enfrenta desafíos importantes en su atención inmediata, así como en las secuelas posteriores al evento. Es frecuente que la calidad de vida postinfarto se vea disminuida.

**Objetivo:** Evaluar los cambios en la calidad de vida de los pacientes con IAM atendidos en una institución de alta complejidad. **Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo en pacientes cardiovasculares, llevado a cabo entre 2021 y 2023. Se aplicó la escala de calidad de vida EQ-5D-3L (EuroQol 5D)<sup>®</sup> durante la hospitalización y un mes después del alta. Se recopiló variables sociodemográficas y clínicas con las cuales se construyeron modelos de regresión logística multivariados para cada una de las dimensiones. Los análisis estadísticos se realizaron en STATA 16. **Resultados:** 1007 participantes cumplieron con los criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 66 años (57-74); el 68.02% eran hombres, con educación primaria (59.15%) y el principal antecedente fue hipertensión (68.42%). En el análisis por dimensiones, se encontró una asociación con cambios negativos en sexo femenino, edad avanzada, antecedentes de diabetes mellitus, enfermedad renal y clasificación Killip III y IV, así como manejo médico y revascularización quirúrgica, en comparación con intervención coronaria percutánea. **Conclusiones:** Este estudio identifica factores clave que afectan la calidad de vida en sobrevivientes de IAM. Si bien se observan mejoras generales, se destaca un deterioro significativo en dimensiones específicas, particularmente en mujeres y aquellos con diabetes, enfermedad renal y enfermedad coronaria.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Infarto de miocardio. Cardiología. Rehabilitación cardíaca. EQ-5D.

### Abstract

**Introduction:** Acute myocardial infarction (AMI) is a medical condition that presents significant challenges in immediate care, as well as in managing the sequelae following the event. Post-infarction quality of life is often diminished. **Objective:** Evaluate the changes in the quality of life of patients with AMI treated at a high-complexity institution. **Methods:** A prospective cohort study was conducted with patients from a high-complexity institution between 2021 and 2023. The EQ-5D-3L quality of life scale (EuroQol 5D)<sup>®</sup> was applied during hospitalization and one month after discharge. Likewise, sociodemographic, and clinical variables were collected with which multivariate logistic regression models were constructed for each of the dimensions.

**\*Correspondencia:**

Mary A. Mendoza-Monsalve

E-mail: mmendoza113@estudiantes.areandina.edu.co

0120-5633 / © 2025 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 30-10-2024

Fecha de aceptación: 29-04-2025

DOI: 10.24875/RCCARE.M25000160

Disponible en internet: 15-07-2025

Rev Colomb Cardiol. 2025;32(3):150-161

[www.rccardiologia.com](http://www.rccardiologia.com)

Statistical analyses were performed in STATA 16. **Results:** A total of 1007 participants met the inclusion criteria. The median age was 66 years (57-74), 68.02% were men, elementary school education level (59.15%) and main antecedent was hypertension (68.42%). In the analysis by dimensions, an association was found with negative changes with female sex, older age, history of diabetes mellitus, kidney disease, and Killip III and IV classification, as well as medical management and surgical revascularization compared to percutaneous coronary intervention. **Conclusions:** This study identifies key factors affecting the quality of life in survivors of AMI. While overall improvements are observed, significant deterioration is highlighted in specific dimensions, particularly in women and those with diabetes, kidney disease, and coronary disease.

**Keywords:** Quality of life. Myocardial infarction. Cardiology. Cardiac rehabilitation. EQ-5D.

## Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una condición médica crítica que exige atención inmediata y tratamiento efectivo<sup>1</sup>; se deriva de la obstrucción del flujo sanguíneo hacia el miocardio<sup>2</sup>. Las secuelas del IAM abarcan daño al tejido cardíaco hasta disfunción ventricular e incluso pueden llevar a falla cardíaca en casos extremos. La intervención y el tratamiento oportunos son fundamentales para mejorar la supervivencia y la calidad de vida luego de un evento coronario. Las intervenciones, incluidos los trombolíticos hasta los procedimientos invasivos, como la angioplastia coronaria y la implantación de *stent*, pueden tener un impacto significativo en la recuperación y la calidad de vida<sup>3</sup>. Por consiguiente, el simple hecho de haber sido diagnosticado con este evento, sigue generando temor en los pacientes, por sus consecuencias a largo plazo<sup>4</sup>.

Los pacientes que han sufrido un IAM enfrentan retos como fatiga, ansiedad, depresión, limitaciones físicas y cambios en las actividades diarias. La identificación de los factores que afectan la calidad de vida, un constructo multifacético que incluye dimensiones físicas, emocionales, sociales y funcionales<sup>5</sup>, es esencial para el desarrollo de intervenciones y estrategias de atención centradas en el paciente. La escala de calidad de vida relacionada con la salud (*Health-Related Quality of Life* [HRQoL]) viene cobrando cada vez más relevancia como abordaje para el estudio de la salud poblacional<sup>6</sup>. La amenaza latente de mortalidad asociada a la enfermedad, junto con la adaptación requerida a cambios duraderos en el estilo de vida y los regímenes médicos luego de un infarto de miocardio, con frecuencia llevan a una disminución de la HRQoL en los pacientes<sup>7,8</sup>. La EuroQol-5D, una alternativa sencilla, se presenta como una herramienta efectiva para medir la HRQoL.

Esta última es un abordaje investigativo clave que trasciende la supervivencia y se enfoca en la recuperación integral de los pacientes<sup>3</sup>. Una institución de alta

complejidad se caracteriza por tener una infraestructura avanzada, tecnología de punta y un equipo multidisciplinario altamente especializado. Está diseñada para proveer servicios médicos integrales y altamente especializados, incluyendo el manejo de emergencias cardiovasculares complejas, tales como el infarto agudo de miocardio. Ubicada en una región estratégica de Colombia, esta institución se distingue por su capacidad de respuesta rápida y efectiva, compromiso con la excelencia en el tratamiento de pacientes en estado crítico y liderazgo en la innovación clínica y programas de investigación en el campo cardiovascular<sup>9</sup>. La calidad de la atención en este contexto tiene un impacto directo en los resultados clínicos y, por tanto, en la calidad de vida posIAM<sup>10</sup>.

El objetivo de este estudio es evaluar los cambios en la calidad de vida de los pacientes con IAM tratados en una institución de alta complejidad.

## Métodos

Se realizó un estudio de cohorte, prospectivo analítico, en pacientes adultos que consultaron con un IAM tipo 1, dado por enfermedad aterotrombótica coronaria, generalmente desencadenado por una alteración de la placa (ruptura o erosión)<sup>11</sup>. Estos pacientes fueron ingresados al centro de excelencia para el infarto agudo de miocardio de una institución de alta complejidad entre octubre del 2021 y diciembre del 2023. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes adultos pertenecientes al centro de excelencia que dieron su consentimiento para el seguimiento ambulatorio, ya fuera presencial o por teleconsulta o seguimiento telefónico, un mes luego del alta hospitalaria.

Se empleó la escala EQ-5D-3L "EuroQol 5D" durante la hospitalización y el seguimiento para medir la calidad de vida a través de cinco dimensiones esenciales: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión tiene tres opciones de respuesta, desde «ningún problema»

(1) hasta «problemas graves» (3), proporcionando una medición basal de la condición de cada paciente al ingreso.

Durante la hospitalización, los pacientes recibieron atención integral y coordinada por parte de un equipo multidisciplinario que incluía especialistas en cardiología, nutrición, hemodinamia, fisioterapia, trabajo social, psicología y enfermería, asegurando un enfoque global en la recuperación. Un mes después del alta, personal de enfermería y del equipo multidisciplinario realizó una valoración presencial adicional, utilizando la escala EQ-5D-3L para comparar y evaluar cualquier cambio en la calidad de vida del paciente. Cuando un seguimiento presencial no era factible, se implementaba una teleconsulta o seguimiento telefónico, asegurando la continuidad de la atención y permitiendo la evaluación de la calidad de vida, independientemente del método de seguimiento.

Se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas relevantes, tales como edad, sexo, estado civil, nivel educativo y sitio de residencia, junto con factores clave clínicos y paraclínicos. Entre las variables clínicas se evaluaron las escalas de riesgo cardiovascular (GRACE, Killip, TIMI) para estratificar el pronóstico y la gravedad del infarto; también se incluyeron el tipo de procedimiento (por ejemplo, intervención coronaria percutánea [ICP]), los resultados de laboratorio críticos, las comorbilidades y la mortalidad. El reingreso hospitalario se definió como cualquier reingreso en los treinta días luego del alta, dado por complicaciones del IAM.

Todos los pacientes adultos con enfermedad coronaria multivazo grave o enfermedad aguda del tronco principal izquierdo, o ambas, fueron remitidos para revascularización miocárdica quirúrgica, incluyendo pacientes que requerían revascularización sin un previo injerto mamario a la arteria descendente anterior, los que requerían una reintervención coronaria por la complejidad de sus lesiones y la angina persistente, y los que precisaban procedimientos híbridos. Además, se excluyeron pacientes con otras cardiopatías que requerían cirugías combinadas, aquellos con IAM-CEST, choque cardiogénico o los recuperados de un paro cardíaco con sospecha de isquemia cardíaca candidatos para una ICP exitosa, junto con todos los seleccionados para la ICP por el equipo cardíaco.

Para el análisis estadístico, las variables continuas se describieron utilizando medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis de calidad de vida se estructuró en dos categorías, comparando los resultados basales de la escala a los del seguimiento a un mes: los cambios positivos

incluyeron los individuos cuyos puntajes mejoraron o se mantuvieron en el mejor estado de salud (por ejemplo, de 2 a 1, 3 a 2, 3 a 1, o persistencia en 1). Los cambios negativos se definieron como empeoramiento o persistencia de los síntomas (por ejemplo, 1 a 2, 1 a 3, 2 a 3, o persistencia en 2 o 3).

Luego se realizó un análisis bivariado entre los grupos de pacientes (resultados positivos y negativos) y cada variable independiente para cada dimensión por medio de las pruebas de  $\chi^2$  y U de Mann-Whitney, según el tipo de variable (categórica o continua). Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ . Finalmente, se realizó un análisis multivariado utilizando regresión logística e incorporando las variables que mostraron asociaciones estadísticamente significativas en el análisis bivariado. Se calculó la razón de probabilidades (*odds ratio* – OR, en inglés) con su intervalo de confianza del 95% como medida de asociación. El ajuste del modelo se evaluó con la prueba de Hosmer-Lemeshow, y se realizó un análisis de pérdida con un modelo probit de regresión. La recolección de datos se realizó con la base de datos REDCap<sup>12</sup>, proyecto PID 210, y para el análisis se utilizó el *software* STATA 16. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional (número CEI: CEI-2023-06526).

## Resultados

La población de estudio constó de 1007 pacientes que fueron dados de alta de una institución de alta complejidad y que fueron hospitalizados por IAM. Se observó que el 68% de la población estudiada correspondía a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 66 años (57-74). Además, se encontró que el 60% de los pacientes tenía una educación primaria, mientras que el 80% provenía de áreas urbanas. En cuanto a los antecedentes clínicos, la hipertensión se identificó como el más frecuente, afectando al 68% de los pacientes, seguido por la dislipidemia, la cual afectó al 35%. Con relación al tipo de infarto, el 59% de los pacientes había sufrido un infarto sin elevación del segmento ST (IAMSEST) (Tabla 1).

En el análisis bivariado se evidenciaron diferencias por sexo en cuanto a la calidad de vida, mientras que en la dimensión de movilidad las mujeres presentaron una mayor proporción de resultados negativos que los hombres (10.56 vs. 3.21%;  $p < 0.001$ ). En la dimensión de autocuidado, las mujeres tuvieron cambios negativos en una mayor proporción que los hombres (10.56 vs. 3.21%;  $p < 0.001$ ). Igualmente, en la dimensión de actividades habituales, las mujeres tuvieron un 11.49% de

**Tabla 1.** Características clínicas y sociodemográficas

Variables	Total pacientes = 1007	
	n	%
Sexo		
Masculino	685	68.02
Femenino	322	31.98
Edad	65.48 (DS: 11.64)*	
Estado civil		
Casado (a)/unión libre	637	65.13
Viudo (a)/divorciado (a)/soltero (a)	341	34.87
Nivel educativo		
Ninguno	84	8.45
Primaria	588	59.15
Secundaria	176	17.71
Educación secundaria superior	44	4.43
Técnico o tecnológico	41	4.12
Universidad	57	5.73
Posgrado	4	0.40
Procedencia		
Rural	193	19.18
Urbana	813	80.82
Antecedentes clínicos		
Hipertensión arterial	689	68.42
Diabetes <i>mellitus</i>	335	33.27
Dislipidemia	362	35.95
Enfermedad coronaria	106	10.53
Enfermedad renal	67	6.65
Alcoholismo	70	6.95
Tabaquismo	139	13.8
IMC		
Bajo peso	108	10.74
Normal	405	40.26
Sobrepeso	349	34.69
Obesidad I	115	11.43
Obesidad II	23	2.29
Obesidad III	6	0.06
Tipo de IAM		
IAMCEST	418	41.5
IAMSEST	588	58.45
ICP	833	82.72
CABG	238	23.63

IMC: índice de masa corporal; IAM: infarto agudo de miocardio; IAMSEST: pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; ICP: intervención coronaria percutánea; CABG: revascularización miocárdica quirúrgica.

Fuente: Elaboración propia.

cambios negativos y los hombres un 3.21% ( $p = 0.001$ ). En cuanto al dominio de ansiedad y depresión, los cambios negativos fueron de 6.83% y 3.65% entre hombres y mujeres, respectivamente ( $p = 0.026$ ), como lo indica la [tabla 2](#).

Por otro lado, en términos de estado civil, los participantes viudos presentaron resultados negativos mayores

en las escalas de movilidad (23.15%;  $p = 0.001$ ), autocuidado (12.96%;  $p = 0.006$ ) y actividades habituales (13.89%;  $p = 0.009$ ), comparados con otras condiciones de estado civil. En cuanto al nivel educativo, los participantes sin ningún nivel educativo tuvieron mayores resultados negativos en movilidad (19.05%;  $p = 0.039$ ) y autocuidado (13.1%;  $p = 0.03$ ). Asimismo, al comparar a los pacientes con un antecedente de hipertensión arterial con los pacientes sin hipertensión, se observó mayor deterioro en los resultados de las dimensiones de movilidad ( $p = 0.001$ ), autocuidado ( $p = 0.023$ ), actividades habituales ( $p = 0.005$ ) y dolor y malestar ( $p = 0.048$ ).

En cuanto a los pacientes con enfermedad renal, comparados con individuos sin enfermedad renal, se evidenciaron diferencias significativas en cuatro de las cinco dimensiones: movilidad (25%;  $p < 0.001$ ), autocuidado (14.93%;  $p = 0.001$ ), actividades habituales (14.93%;  $p = 0.04$ ) y ansiedad y depresión (13.43%;  $p < 0.001$ ).

En relación con el consumo de tabaco, todas las dimensiones mostraron diferencias significativas en cambios negativos, a excepción de la ansiedad y la depresión. Entre las características clínicas, según el tipo de infarto, se observaron diferencias entre los pacientes con IAMSEST vs. IAMCEST, con un cambio negativo mayor en IAMSEST en las dimensiones de movilidad y dolor y malestar. Además, al evaluar aquellos pacientes con una indicación de manejo médico, se observó mayor porcentaje de cambios negativos en las dimensiones de movilidad (33.96%;  $p < 0.001$ ), autocuidado (21.7%;  $p < 0.001$ ) y actividad habitual (11.32%;  $p < 0.001$ ), comparados con aquellos llevados a ICP, CABG o ambos.

Los pacientes con alto riesgo de mortalidad, dado por una escala de GRACE = 3, presentaron mayores resultados negativos comparados con los que tuvieron un riesgo bajo (GRACE = 1) y mediano (GRACE = 2) en movilidad, autocuidado y actividades habituales ( $p < 0.001$ ). Respecto a la clasificación Killip, se observaron diferencias en autocuidado, y los pacientes clasificados como Killip IV presentaron un deterioro en la calidad de vida en la dimensión de actividades habituales (23.53%;  $p = 0.011$ ) y ansiedad y depresión (12.24%;  $p = 0.012$ ) ([Tabla 2](#)).

Al comparar los resultados de la dimensión de movilidad (basal vs. un mes), se identificó que los pacientes con antecedentes de diabetes y enfermedad renal mostraron un deterioro en esta dimensión. De igual manera, las mujeres y los pacientes mayores sufrieron más deterioro, (OR = 1.83; IC 95%: 1.16-2.88 y OR = 1.06; IC 95%: 1.03-1.08, respectivamente).

Tabla 2. Distribución de la población basada en cambios en la calidad de vida en la EQ-5D-3L

Variable	Categorías	Movilidad		Autocuidado		Actividades habituales		Dolor y malestar		Ansiedad y depresión			
		Positivo n (%)	Negativo n (%)	p	Positivo n (%)	Negativo n (%)	p	Positivo n (%)	Negativo n (%)	p	Positivo n (%)	Negativo n (%)	p
Sexo	Masculino	637 (92.99)	48 (7.01)	<0.001	663 (96.79)	22 (3.21)	<0.001	652 (95.18)	33 (4.82)	0.142	660 (96.35)	25 (3.65)	0.026
	Femenino	267 (82.92)	55 (17.08)		288 (89.44)	34 (10.56)		299 (92.86)	23 (7.14)		300 (93.17)	22 (6.83)	
Estado civil	Soltero (a)	157 (91.81)	14 (8.19)	0.001	161 (94.15)	10 (5.85)	0.006	162 (94.74)	9 (5.26)	0.009	161 (94.15)	10 (5.85)	0.799
	Separado (a) o Divorciado (a)	56 (90.32)	6 (9.68)		60 (96.77)	2 (3.23)		61 (98.39)	1 (1.61)		61 (98.39)	1 (1.61)	
	Casado (a)/ Unión libre	581 (91.21)	56 (8.79)		607 (95.29)	30 (4.71)		605 (94.98)	32 (5.02)		601 (94.35)	30 (4.71)	
	Viudo (a)	83 (76.85)	25 (23.15)		94 (87.04)	14 (12.96)		93 (86.11)	15 (13.89)		102 (94.44)	5 (4.63)	
Nivel educativo	No especificado	26 (92.86)	2 (7.14)		28 (100)	0 (0)		26 (92.86)	2 (7.14)		25 (89.29)	3 (10.71)	
	Primaria	525 (89.29)	63 (10.71)	0.039	555 (94.39)	33 (5.61)	0.03	555 (94.39)	33 (5.61)	0.082	552 (93.88)	27 (4.59)	0.863
	Secundaria	205 (93.18)	15 (6.82)		213 (96.82)	7 (3.18)		210 (95.45)	10 (4.55)		206 (93.64)	13 (5.91)	
	Técnico o tecnológico	38 (92.68)	3 (7.32)		40 (97.56)	1 (2.44)		40 (97.56)	1 (2.44)		40 (97.56)	2 (4.88)	
	Profesional	57 (93.44)	4 (6.56)		58 (95.08)	3 (4.92)		58 (95.08)	3 (4.92)		60 (98.36)	2 (3.28)	
Lugar de residencia	Ninguno	68 (80.95)	16 (19.05)		73 (86.9)	11 (13.1)		73 (86.9)	11 (13.1)		81 (96.43)	3 (3.57)	
	Sin información	11 (84.62)	2 (15.38)		12 (92.31)	1 (7.69)		12 (92.31)	1 (7.69)		13 (100)	0 (0)	
	Urbano	729 (89.67)	84 (10.33)	0.841	769 (94.59)	44 (5.41)	0.661	764 (93.97)	49 (6.03)	0.736	771 (94.83)	40 (4.92)	0.444
Rural	174 (90.16)	19 (9.84)		181 (93.78)	12 (6.22)		183 (94.82)	10 (5.18)		179 (92.75)	7 (3.63)		

(Continúa)

Tabla 2. Distribución de la población basada en cambios en la calidad de vida en la EQ-5D-3L (continuación)

Variable	Categorías	Movilidad		Autocuidado		Actividades habituales		Dolor y malestar		Ansiedad y depresión						
		Positivo n (%)	Negativo n (%)	p	Positivo n (%)	Negativo n (%)	p	Positivo n (%)	Negativo n (%)	p	Positivo n (%)	Negativo n (%)	p			
Hipertensión arterial	sí	603 (87.52)	86 (12.48)	0.001	643 (93.32)	46 (6.68)	0.023	639 (92.74)	50 (7.26)	0.005	644 (93.47)	45 (6.53)	0.048	653 (94.78)	36 (5.22)	0.217
Diabetes mellitus	sí	281 (83.88)	54 (16.12)	< 0.001	311 (92.84)	24 (7.16)	0.117	308 (91.94)	27 (8.06)	0.036	305 (91.04)	30 (8.96)	0.001	313 (93.43)	22 (6.57)	0.044
Dislipidemia	sí	332 (91.71)	30 (8.29)	0.128	348 (96.13)	14 (3.87)	0.079	344 (95.03)	18 (4.97)	0.369	344 (95.03)	18 (4.97)	0.57	343 (94.75)	19 (5.25)	0.512
Enfermedad coronaria	sí	89 (83.96)	17 (16.04)	0.037	98 (92.45)	8 (7.55)	0.346	96 (90.57)	10 (9.43)	0.121	94 (88.68)	12 (11.32)	0.012	96 (90.57)	10 (9.43)	0.14
Enfermedad renal	sí	50 (74.63)	17 (25.37)	< 0.001	57 (85.07)	10 (14.93)	0.001	57 (85.07)	10 (14.93)	0.004	62 (92.54)	5 (7.46)	0.413	58 (86.57)	9 (13.43)	< 0.001
Tabaquismo activo	sí	135 (97.12)	4 (2.88)	0.002	137 (98.56)	2 (1.44)	0.017	138 (99.28)	1 (0.72)	0.003	137 (98.56)	2 (1.44)	0.017	133 (95.68)	6 (4.32)	0.833
Consumo de alcohol	sí	65 (92.86)	5 (7.14)	0.377	69 (98.57)	1 (1.43)	0.172	69 (98.57)	1 (1.43)	0.102	66 (94.29)	4 (5.71)	0.954	66 (94.29)	4 (5.71)	0.667
IMC	Bajo peso	89 (82.41)	19 (17.59)	0.105	95 (87.96)	13 (12.04)	0.118	94 (87.04)	14 (12.96)	0.087	100 (92.59)	8 (7.41)	0.375	101 (93.52)	7 (6.48)	0.889
	Normal	371 (91.6)	34 (8.4)		385 (95.06)	20 (4.94)		385 (95.06)	20 (4.94)		389 (96.05)	16 (3.95)		387 (95.56)	18 (4.44)	
	Sobrepeso	312 (89.4)	37 (10.6)		331 (94.84)	18 (5.16)		330 (94.56)	19 (5.44)		325 (93.12)	24 (6.88)		334 (95.7)	15 (4.3)	
Obesidad I		104 (90.43)	11 (9.57)		111 (96.52)	4 (3.48)		110 (95.65)	5 (4.35)		109 (94.78)	6 (5.22)		109 (94.78)	6 (5.22)	
	Obesidad II	22 (95.65)	1 (4.35)		22 (95.65)	1 (4.35)		22 (95.65)	1 (4.35)		22 (95.65)	1 (4.35)		22 (95.65)	1 (4.35)	
	Obesidad III	5 (83.33)	1 (16.67)		6 (100)	0 (0)		6 (100)	0 (0)		5 (83.33)	1 (16.67)		6 (100)	0 (0)	
Tipo de IAM	IAMCEST	385 (92.11)	33 (7.89)	0.047	398 (95.22)	20 (4.78)	0.422	398 (95.22)	20 (4.78)	0.276	403 (96.41)	15 (3.59)	0.014	399 (95.45)	19 (4.55)	0.873
	IAMSEST	519 (88.27)	69 (11.73)		553 (94.05)	35 (5.95)		550 (93.54)	38 (6.46)		547 (93.03)	41 (6.97)		560 (95.24)	28 (4.76)	
Tratamiento	ICP	618 (93.21)	45 (6.79)	< 0.001	640 (96.53)	23 (3.47)	< 0.001	636 (95.93)	27 (4.07)	< 0.001	644 (97.13)	19 (2.87)	< 0.001	632 (95.32)	31 (4.68)	0.812

(Continúa)

**Tabla 2. Distribución de la población basada en cambios en la calidad de vida en la EQ-5D-3L (continuación)**

Variable	Categorías	Movilidad		Autocuidado		Actividades habituales		Dolor y malestar		Ansiedad y depresión	
		Positivo n (%)	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)
	Sin intervención	70 (66.04)	36 (33.96)	83 (78.3)	23 (21.7)	83 (78.3)	23 (21.7)	94 (88.68)	12 (11.32)	100 (94.34)	6 (5.66)
	CABG	61 (89.71)	7 (10.29)	66 (97.06)	2 (2.94)	66 (97.06)	2 (2.94)	62 (91.18)	6 (8.82)	64 (94.12)	4 (5.88)
	ICP+CABG	155 (91.18)	15 (8.82)	162 (95.29)	8 (4.71)	163 (95.88)	7 (4.12)	151 (88.82)	19 (11.18)	164 (96.47)	6 (3.53)
GRACE	1	323 (93.08)	24 (6.92)	336 (96.83)	11 (3.17)	336 (96.83)	11 (3.17)	330 (95.1)	17 (4.9)	334 (96.25)	13 (3.75)
	2	319 (89.11)	39 (10.89)	340 (94.97)	18 (5.03)	335 (93.58)	23 (6.42)	333 (93.02)	25 (6.98)	338 (94.41)	20 (5.59)
	3	153 (81.82)	34 (18.18)	164 (87.7)	23 (12.3)	165 (88.24)	22 (11.76)	174 (83.05)	13 (6.95)	177 (94.65)	10 (5.35)
Killip	1	670 (90.79)	68 (9.21)	705 (95.53)	33 (4.47)	700 (94.85)	38 (5.15)	701 (94.99)	37 (5.01)	707 (95.8)	31 (4.2)
	2	72 (90)	8 (10)	76 (95)	4 (5)	76 (95)	4 (5)	75 (93.75)	5 (6.25)	79 (98.75)	1 (1.25)
	3	41 (83.67)	8 (16.33)	42 (85.71)	7 (14.29)	45 (91.84)	4 (8.16)	43 (87.76)	6 (12.24)	43 (87.76)	6 (12.24)
	4	13 (76.47)	4 (23.53)	13 (76.47)	4 (23.53)	13 (76.47)	4 (23.53)	15 (88.24)	2 (11.76)	15 (88.24)	2 (11.76)
Edad	Mediana (RIQ)	65 (57-73)	74 (66-84)	65 (57-73)	76.5 (67.5-85)	65 (57-73)	77 (67-85)	65 (57-74)	69 (63.5-77.5)	65.5 (57-74)	69 (58-76)
TIMI	Mediana (RIQ)	3 (2-4)	4 (3-4)	3 (2-4)	4 (3-4)	3 (2-4)	4 (3-4)	3 (2-4)	4 (3-5)	3 (2-4)	4 (3-5)
											0.1712
											0.012
											0.486
											0.0069
											0.08

IMC: índice de masa corporal; IAM: infarto agudo de miocardio; IAMSEST: pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; ICP: intervención coronaria percutánea; CABG: revascularización miocárdica quirúrgica. Fuente: *Elaboración propia*.

Además, aquellos que recibieron manejo médico tuvieron un deterioro en movilidad más significativo comparado con aquellos sometidos a ICP (OR = 3.4; IC 95%: 1.9-6.1) (Tabla 3).

En el contexto de autocuidado, el sexo femenino, la edad, la presencia de enfermedad renal, y el tratamiento médico sin intervención de revascularización miocárdica (RVM) ni ICP evidenciaron ser factores asociados para la afectación; se observó que los pacientes tienen mayor probabilidad de sufrir afectación en esta dimensión comparados con aquellos llevados a ICP. Igualmente, las clasificaciones Killip III y IV muestran deterioro en comparación con la clasificación Killip I ( $p < 0.05$ ) (Tabla 2).

En la dimensión de actividades habituales, se identificaron varios factores contribuyentes a un mayor deterioro. Estos incluían sexo femenino, edad avanzada, manejo médico sin revascularización quirúrgica o ICP, comparados con pacientes sometidos a ICP, y una clasificación Killip IV comparada con Killip I ( $p < 0.05$ ). En la dimensión de dolor y malestar, el deterioro estaba asociado con la presencia de diabetes *mellitus* y enfermedad coronaria. Además, entre las intervenciones, los pacientes sometidos a revascularización miocárdica quirúrgica o a una combinación de revascularización e ICP experimentaron mayor reducción comparados con los que se sometieron solo a ICP (OR = 3.6; IC 95%: 1.33-9.94 y OR = 4.4; IC 95%: 2.18-8.94, respectivamente). Por último, en la dimensión de ansiedad y depresión, el empeoramiento durante el seguimiento estuvo ligado al sexo femenino y a la presencia de enfermedad renal (Tabla 3).

Adicionalmente, se evaluó la bondad de ajuste de los modelos multivariados para cada dimensión, encontrándose un ajuste adecuado para los dominios de autocuidado ( $p = 0.963$ ), actividades habituales ( $p = 0.971$ ), dolor y malestar ( $p = 0.28$ ) y ansiedad y depresión ( $p = 0.715$ ); sin embargo, no hubo ajuste para movilidad ( $p < 0.001$ ). Finalmente, se calculó una pérdida total de seguimiento del 20%, así que se compararon las variables por grupo de pacientes (los perdidos y los no perdidos) y se evaluaron con un modelo Probit de regresión, en el cual no hubo variables con diferencias estadísticas significativas asociadas a los desenlaces.

## Discusión

En nuestra cohorte, los pacientes con IAM mostraron características demográficas y clínicas consecuentes con las reportadas en los estudios internacionales. La prevalencia fue mayor en hombres y adultos mayores,

especialmente en los habitantes de áreas urbanas. Además, se observó una alta proporción de comorbilidades, incluyendo hipertensión arterial, diabetes *mellitus* y dislipidemia, factores comúnmente asociados al IAM<sup>13</sup>.

La calidad de vida, en general, mejora para la mayoría de los sobrevivientes de IAM en el seguimiento durante el primer mes luego del alta hospitalaria. En nuestra cohorte se evidenció que una mayor edad es un factor de riesgo para alteraciones en la movilidad, el autocuidado y las actividades habituales; estos resultados sugieren que la edad y las características psicosociales basales son importantes predictores de la calidad de vida luego de un IAM<sup>14</sup>. De manera similar, las mujeres sufren un deterioro en las dimensiones de movilidad, autocuidado, actividades habituales y ansiedad y depresión ( $p < 0.05$ ), lo cual concuerda con lo reportado por Munyombwe et al.<sup>15</sup> y Schweikert et al.<sup>16</sup>.

También se evidencia que los antecedentes clínicos de las personas afectan la calidad de vida de manera negativa; los pacientes con enfermedad renal presentaron un deterioro en su puntaje EQ5D en tres dimensiones: movilidad, autocuidado y ansiedad y depresión, mientras que los pacientes diabéticos mostraron una reducción en dos dimensiones: movilidad y dolor y malestar, y aquellos con enfermedad coronaria en la dimensión de dolor y malestar. Estos resultados son parecidos a los descritos por Peña-Longobardo<sup>17</sup>, Munyombwe et al.<sup>15</sup> y Schweikert et al.<sup>16</sup>, ya que los pacientes con múltiples comorbilidades experimentan un deterioro en el HRQoL<sup>18,19</sup>.

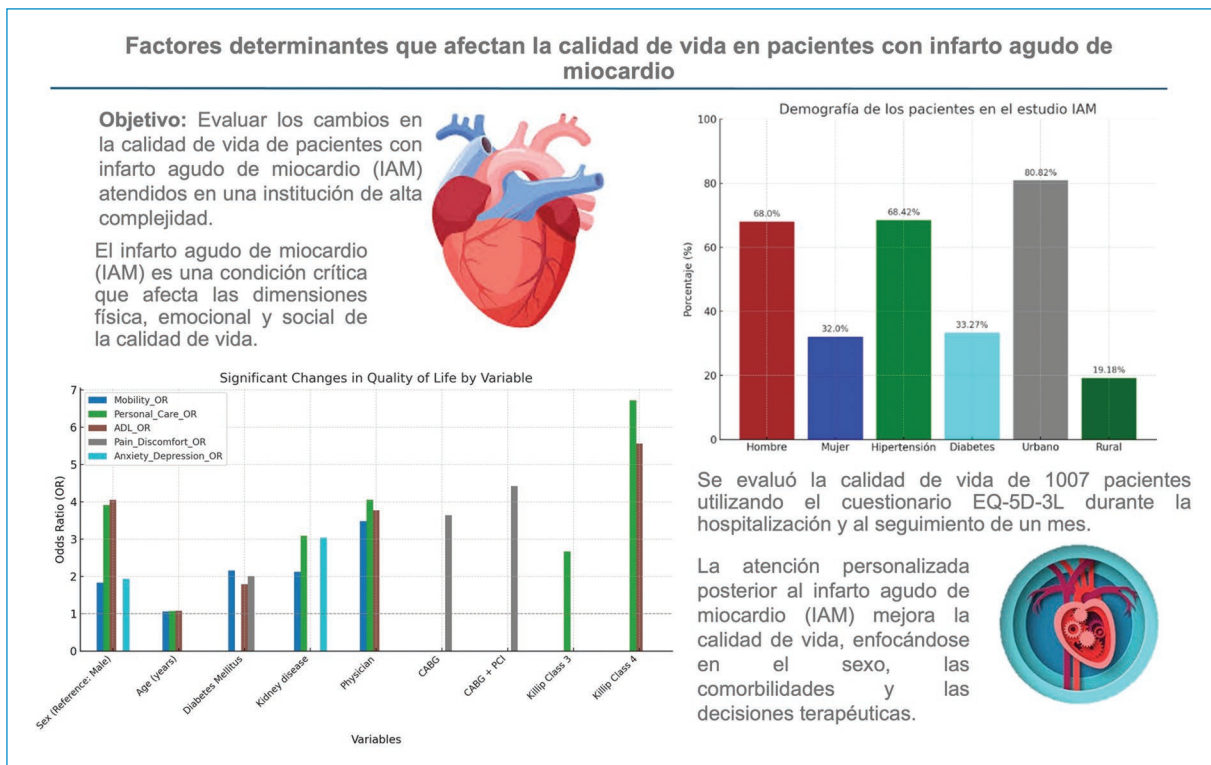
De igual manera, las intervenciones basadas en programas multidisciplinarios, como la rehabilitación cardíaca, pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes luego de un IAM. Estudios recientes han mostrado la efectividad de estos programas para promover la recuperación y el bienestar a largo plazo. Un análisis detallado publicado en Heart resalta que los pacientes que participaron en programas de rehabilitación cardíaca experimentaron mejoras significativas en la calidad de vida, especialmente en movilidad, autocuidado y reducción de la ansiedad y la depresión, medidos con la encuesta de EuroQoL (EQ-5D). Al integrar la atención médica con la educación y el apoyo psicosocial, estos programas optimizan la percepción de salud de los pacientes a través de múltiples dimensiones que son esenciales para su recuperación integral<sup>20</sup>.

En cuanto a la intervención, los pacientes que se manejaron únicamente con tratamiento médico, es

**Tabla 3. Cambios en la calidad de vida de pacientes con IAM**

Variables	Movilidad			Autocuidado			Actividades habituales			Dolor y malestar			Ansiedad y depresión							
	OR	IC	P	OR	IC	P	OR	IC	P	OR	IC	P	OR	IC	P					
Sexo (Referencia: Masculino)	1.83	1.16	2.88	0.009	3.91	2.01	7.57	< 0001	4.05	2.09	7.82	< 0001	1.25	0.67	2.36	0.482	1.93	1.05	3.56	0.035
Edad (años)	1.06	1.03	1.08	< 0001	1.07	1.03	1.11	< 0001	1.08	1.04	1.12	< 0001	1.03	0.99	1.06	0.100	1.01	0.98	1.04	0.578
Diabetes <i>mellitus</i>	2.16	1.37	3.42	0.001	-	-	-	-	1.79	0.95	3.36	0.071	2.01	1.10	3.67	0.022	-	-	-	-
Enfermedad renal	2.12	1.10	4.09	0.026	3.09	1.32	7.23	0.009	-	-	-	-	-	-	-	-	3.04	1.34	6.89	0.008
Enfermedad coronaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.40	1.17	4.93	0.017	2.01	0.93	4.35	0.076
Tratamiento (Referencia ICP)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médico	3.48	1.96	6.17	< 0001	4.05	1.86	8.82	< 0001	3.77	1.76	8.06	0.001	2.20	0.86	5.62	0.099	-	-	-	-
CABG	1.86	0.78	4.46	0.162	1.32	0.28	6.17	0.721	1.21	0.26	5.57	0.804	3.64	1.33	9.94	0.012	-	-	-	-
CABG+ICP	1.48	0.79	2.79	0.225	2.03	0.82	5.04	0.125	1.50	0.59	3.83	0.392	4.42	2.18	8.94	< 0001	-	-	-	-
Clasificación Killip (Referencia 1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	0.55	0.17	1.75	0.312	0.45	0.14	1.46	0.184	1.16	0.42	3.18	0.772	0.83	0.31	2.22	0.717
3	-	-	-	-	2.67	1.03	6.96	0.044	1.00	0.32	3.16	0.997	2.27	0.86	5.99	0.099	1.39	0.47	4.13	0.548
4	-	-	-	-	6.72	1.69	26.62	0.007	5.56	1.47	21.04	0.012	2.23	0.45	11.05	0.325	0.79	0.32	1.94	0.602

ICP: intervención coronaria percutánea; CABG: revascularización miocárdica quirúrgica.  
Fuente: *Elaboración propia*.



**Figura 1. Figura central.** La figura resume los factores que influyen en la calidad de vida luego de un IAM. Incluye datos demográficos y cambios en las dimensiones clave (movilidad, autocuidado, dolor).

Fuente: *Elaboración propia.*

decir, que no fueron sometidos a CABG o ICP, presentaron mayor deterioro en las dimensiones de movilidad, autocuidado y actividades habituales, comparados con aquellos a quienes se les practicó ICP. Por otro lado, se evidenció que los pacientes sometidos a CABG o un manejo combinado de CABG + ICP tuvieron un impacto en el dolor y malestar comparados con los que solo fueron sometidos a ICP. En un estudio realizado por Susca et al.<sup>21</sup>, se reportó mejoría en la calidad de vida en términos de movilidad y autocuidado luego de ICP, lo cual apoya nuestros hallazgos.

### Limitaciones

Una de las limitaciones del estudio es el método de muestreo, el cual no fue aleatorio sino por conveniencia; sin embargo, las características sociodemográficas de la población analizada son similares a las reportadas en la literatura. De igual modo, las pérdidas durante el seguimiento constituyen una limitación; sin embargo, una vez definido el modelo, la probabilidad de participar o no en el seguimiento fue predicha

por las covariables basales. Esta predicción sirvió de variable de ajuste para la no participación en los modelos finales de cambios negativos en la calidad de vida. Para la dimensión de movilidad, en estudios futuros se deben considerar otras variables que no fueron evaluadas por no disponer de la información, tales como escalas funcionales.

En contraste, es importante resaltar que este es uno de los primeros estudios de calidad de vida en sobrevivientes de IAM en el país, con una población considerable.

### ¿Qué se sabe del tema?

- Estudios previos han indicado que el IAM puede llevar a deterioro en la calidad de vida a largo plazo, incluyendo limitaciones físicas y dificultades psicológicas.
- Los pacientes con disfunción ventricular izquierda grave enfrentan un riesgo aumentado de complicaciones y menor supervivencia general luego de un IAM.

- Los estudios han mostrado que varias intervenciones, como la ICP y la CABG pueden afectar los desenlaces de recuperación y la calidad de vida luego de un IAM.
- La clasificación de Killip se utiliza generalmente para evaluar la gravedad de la falla cardíaca y ha sido asociada al pronóstico y a los desenlaces de pacientes con IAM.

### ¿Qué puede aportar?

- Aunque la calidad de vida en general mejora después de un IAM, se observa un deterioro importante en la movilidad y el autocuidado, especialmente en mujeres y pacientes con comorbilidades.
- Los pacientes manejados únicamente con tratamiento médico experimentaron un mayor deterioro en la calidad de vida en comparación con los que fueron sometidos a ICP o CABG, y la CABG combinada con ICP afectó el dolor y el malestar.
- La clasificación Killip se muestra como un indicador clave de deterioro de la calidad de vida luego de un IAM, resaltando su relevancia en la valoración clínica.
- Los hallazgos enfatizan la necesidad de estrategias de manejo individualizadas luego de un IAM, considerando factores como el sexo y las comorbilidades para mejorar la calidad de vida.

### Conclusiones

Este estudio muestra aspectos importantes relacionados con la calidad de vida en pacientes con IAM. Aunque la mayoría de ellos experimentaron mejoras generales, se identificó un notable deterioro en varias dimensiones, especialmente en mujeres y pacientes con diabetes *mellitus*, enfermedad renal y enfermedad coronaria. Los resultados apoyan la necesidad de un abordaje individualizado en el manejo posIAM, considerando factores como el sexo, las comorbilidades y las decisiones terapéuticas. Además, la clasificación Killip se mostró como un indicador relevante de deterioro en dimensiones específicas de calidad de vida, resaltando su utilidad en la valoración clínica posIAM. Estos hallazgos contribuyen a una comprensión de los factores que influyen en la calidad de vida de los sobrevivientes de IAM y pueden orientar hacia unas estrategias de atención más efectivas y centradas en el paciente (Fig. 1).

### Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

### Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

### Referencias

1. Mitsis A, Gagnano F. Myocardial infarction with and without ST-segment elevation: A contemporary reappraisal of similarities and differences. *Curr Cardiol Rev* [Internet]. 2021;17(4):e230421189013. <http://dx.doi.org/10.2174/1573403X16999201210195702>
2. Manual de síndrome coronario agudo. Madrid: SCM Scientific Communication Management y Sociedad Española de Cardiología. 7 de enero de 2004. [Cited 23 Jan 2024]. <https://secardiologia.es/images/stories/publicaciones/manejo-del-sindrome-coronario-agudo-programa-de-intercambio-de-residentes-2013.pdf>.
3. Guías de Práctica Clínica sobre intervencionismo coronario percutáneo. *Rev Esp Cardiol*. [Internet]. 2005 [Cited 5 Feb 2024]; 58(6):679-728. <https://doi.org/10.1157/13076420>.
4. Ellis JJ, Eagle KA, Kline-Rogers EM, Erickson SR. Validation of the ECG5D in patients with a history of acute coronary syndrome. *Curr Med Res Opin*. 2005;21(8):1209-16.
5. Timóteo AT, Dias SS, Rodrigues AM, Gregório MJ, Sousa RD, Canhão H. Quality of life in adults living in the community with previous self-reported myocardial infarction. *Rev Port Cardiol*. [Internet]. 2020 [Cited 5 Feb 2024];39(7):367-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2019.09.013>.
6. Herdman M. Medida de la calidad de vida relacionada con la salud [The measurement of health related quality of life]. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Suppl 3:22-5. Spanish.
7. Boersma SN, Maes S, Joekes K, Dusseldorp E. Goal processes in myocardial infarction patients. *J Health Psychol*. 2006;11(6):927-41.
8. Wang W, Thompson DR, Ski CF, Liu M. Health-related quality of life and its associated factors in Chinese myocardial infarction patients. *Eur J Prev Cardiol*. [Internet]. 2012 [Cited 5 Feb 2024]; 21(3):321-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2047487312454757>.
9. Cepal.org. [Cited 5 Feb 2024]. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/879779be-c0a0-4e11-8e08-cf80b41a4fd9/content>.
10. Lamesgin Endalew H, Liyew B, Kassew T, Ewnetu Tarekn G, Dejen Tilahun A, Sewunet Alamneh T. Health-related quality of life among myocardial infarction survivors: Structural equation modeling approach. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2021;14:1543-52. <http://dx.doi.org/10.2147/jmdh.s296064>.
11. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *J Am Coll Cardiol*. [Internet]. 2018 [Cited 28 Oct 2024]; 72(18). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30153967/>.
12. Statistical software for data science [Internet]. [Cited 14 Jan 2025]. <https://www.stata.com/>.
13. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* [Internet]. 1990 [Cited 5 Feb 2024]; 16(3):199-208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10109801/>.
14. Beck CA, Joseph L, Bélisle P, Pilote L, QOLAMI Investigators (Quality of life in acute myocardial infarction). Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *Am Heart J* [Internet]. 2001;142(2):271-9. <http://dx.doi.org/10.1067/mhj.2001.116758>.

15. Munyombwe T, Hall M, Dondo TB, Alabas OA, Gerard O, West RM, et al. Quality of life trajectories in survivors of acute myocardial infarction: a national longitudinal study. *Heart* [Internet]. 2020;106(1):33-9. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315510>.
16. Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König H-H, Gapp O, Holle R. Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *Eur Heart J*. [Internet]. 2009;30(4):436-43. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheart/ehn509>.
17. Peña-Longobardo LM, Rodríguez-Sánchez B, Mata-Cases M, Rodríguez-Mañas L, Capel M, Oliva-Moreno J. Is quality of life different between diabetic and non-diabetic people? The importance of cardiovascular risks. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(12):e0189505. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0189505>.
18. N'Goran AA, Déruaz-Luyet A, Haller DM, Zeller A, Rosemann T, Streit S, et al. Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ-5D-3L. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(12):e0188499. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0188499>.
19. Conradie A, Atherton J, Chowdhury E, Duong M, Schwarz N, Worthley S, et al. Health-related quality of life (HRQoL) and the effect on outcome in patients presenting with coronary artery disease and treated with percutaneous coronary intervention (PCI): Differences noted by sex and age. *J Clin Med* [Internet]. 2022;11(17):5231. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11175231>.
20. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2016;102(12):950-8. <https://heart.bmj.com>.
21. Susca M, Copotoiu M, Popoviciu H, Szóke Z, Bajka B, Benedek I, et al. Quality of life after coronary revascularization in patients with acute myocardial infarction. *J Interdiscip Med*. [Internet]. 2016;1(1):51-4. <http://dx.doi.org/10.1515/jim-2016-0011>.