

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1999

Calidad de vida en pacientes postinfarto de miocardio

Iturria, María Angélica Emilsen

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/963>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD
Y SERVICIO SOCIAL**

CALIDAD DE VIDA

EN PACIENTES

POSTINFARTO DE MIOCARDIO

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| Biblioteca C.E.C.S. y S.S. | |
| Inventario | Signatura top |
| 1324 | |
| Vol | Ejemplar: |
| Universidad Nacional de Mar del Plata | |

TESISTA: ITURRIA, María angélica Emilsen
DNI: 22.956.948

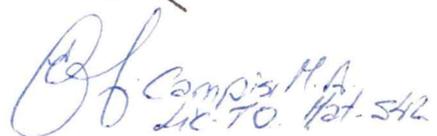
DIRECTORA: PORTALUPPI, María Gabriela
Licenciada en T. O.

ASESORES: CAMPISI, María Alejandra
Licenciada en T. O.

Dr. BILOTTA, Constante
*Especialista en Clínica Médica
Especialista en Cardiología*



M. GABRIELA PORTALUPI
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
M. N. 865



Campisi M.A.
LIC. T.O. 121.542



Dr. CONSTANCE BILOTTA
Especialista en Clínica Médica
y Cardiología
M.P. 15513

INDICE

| | |
|---|-----------|
| <i>INTRODUCCIÓN.....</i> | <i>1</i> |
| <i>PROBLEMA Y OBJETIVOS.....</i> | <i>4</i> |
| <i>MARCO TEORICO.....</i> | <i>7</i> |
| <i><u>CAPITULO I</u> - <u>INFARTO DE MIOCARDIO</u>.....</i> | <i>8</i> |
| 1. <i>Etiología.....</i> | <i>10</i> |
| 2. <i>Manifestaciones clínicas.....</i> | <i>11</i> |
| 3. <i>Clasificación.....</i> | <i>13</i> |
| 4. <i>Diagnóstico.....</i> | <i>14</i> |
| 5. <i>Complicaciones.....</i> | <i>15</i> |
| 6. <i>Problemas comunes en los pacientes postinfarto de miocardio</i> | |
| A - <i>Factores de riesgo.....</i> | <i>16</i> |
| B - <i>Problemas psicosociales.....</i> | <i>25</i> |
| C - <i>Sexualidad.....</i> | <i>29</i> |
| | |
| <i><u>CAPITULO II</u> - <u>CALIDAD DE VIDA vs INFARTO DE MIOCARDIO</u>.....</i> | <i>31</i> |
| | |
| <i><u>CAPITULO III</u> - <u>REHABILITACIÓN CARDÍACA</u>....</i> | <i>41</i> |
| 1. <i>Evolución histórica y situación actual.....</i> | <i>42</i> |
| 2. <i>Definición - Objetivos.....</i> | <i>48</i> |
| 3. <i>Clasificación.....</i> | <i>51</i> |
| A - <i>Funcional.....</i> | <i>51</i> |
| B - <i>Terapéutica.....</i> | <i>52</i> |
| 4. <i>Indicaciones - Contraindicaciones.....</i> | <i>53</i> |
| 5. <i>Programas de Rehabilitación Cardíaca.....</i> | <i>55</i> |
| A - <i>Fases de un Programa de Rehabilitación Cardíaca.....</i> | <i>55</i> |

| | |
|---|-----------|
| <i>B - Componentes de un Programa de Rehabilitación Cardíaca.....</i> | <i>61</i> |
| <i>C - Costo-beneficio de los P. de Rehabilitación Cardíaca.....</i> | <i>69</i> |

| | |
|---|-----------|
| <i><u>CAPITULO IV</u> - FUNDAMENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL.....</i> | <i>73</i> |
|---|-----------|

ASPECTOS

| | |
|--|------------|
| <i>METODOLÓGICOS.....</i> | <i>84</i> |
| <i>PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS....</i> | <i>96</i> |
| <i>CONCLUSION.....</i> | <i>130</i> |
| <i>ANEXO A.....</i> | <i>136</i> |
| <i>ANEXO B.....</i> | <i>140</i> |
| <i>GLOSARIO.....</i> | <i>161</i> |
| <i>BIBLIOGRAFÍA.....</i> | <i>165</i> |

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Muchos son los logros que se fueron produciendo durante las últimas décadas en el campo de la cardiología, tanto si nos referimos a los medios diagnósticos como a los terapéuticos, prolongando de esta manera la supervivencia de todas aquellas personas que padecen algún tipo de cardiopatía.

En los países desarrollados, el número de pacientes que sobreviven a un Infarto de Miocardio se ha incrementado, siendo el prototipo de enfermedad aguda que influye bruscamente sobre todo el entorno del paciente.

La prolongación de la supervivencia, puede no ser gratificante para los pacientes, si se va a ver jalonada por hospitalizaciones, recaídas y a veces, síntomas irinvalidantes.

El curso cronificado de la enfermedad lleva al paciente a una situación psicológica de desanimo y frecuentemente, a estados depresivos que empeoran de forma importante el cuadro clínico y la evolución de la enfermedad.

La presencia de una dolencia crónica desorganiza al paciente en su vida familiar, sus planes futuros, alteran la imagen de su cuerpo, acaban con su posición en el trabajo, disminuyen su amor propio, su seguridad y su independencia. La presencia de todos estos aspectos, influye indudablemente en el deterioro de la *calidad de vida*. La mejora de ésta, debe considerarse la finalidad más importante de los programas de rehabilitación cardíaca.

Para poder implementar un programa tendiente a modificar dichos factores, es necesario evaluar y medir la *calidad de vida*, para que de ésta manera podamos desarrollar un programa que se adecue a las necesidades de cada uno de nuestros pacientes. Numerosa es la cantidad y variedad de cuestionarios utilizados para trabajar en Programas de Rehabilitación Cardíaca, pero sólo uno (de los encontrados durante ésta recopilación bibliográfica), se adecua a las necesidades de nuestros pacientes. Ya que ha sido elaborado exclusivamente para evaluar la CALIDAD DE VIDA de pacientes postinfarto de miocardio, de lengua hispana.

Además la posibilidad de contar con instrumentos de evaluación fiables y válidos, es de suma importancia, ya que permiten identificar aquellas áreas que necesitan mayor dedicación por parte del equipo de profesionales y realizar un seguimiento más objetivo de cada uno de los pacientes.

Por lo tanto, con la presente investigación se pretende conocer, (mediante la implementación del cuestionario correspondiente a Velasco y del Barrio), la Calidad de Vida de aquellos pacientes mayores de 40 años que hallan sufrido infarto de miocardio, que residan en el Partido de General Villegas.

PROBLEMA

Y

OBJETIVOS

PROBLEMA

- *¿CÓMO ES LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS, QUE SUFRIERON INFARTO DE MIOCARDIO DURANTE LOS AÑOS 1996 A 1998, Y RESIDEN EN EL PARTIDO DE GENERAL VILLEGAS.?*

OBJETIVO GENERAL

- Determinar y analizar la *CALIDAD DE VIDA* de pacientes postinfarto de miocardio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir y analizar la *calidad de vida* de pacientes postinfarto de Miocardio, así como las diferentes áreas que la componen.

- Identificar las áreas de *calidad de vida* que necesitan mayor dedicación por parte del equipo de rehabilitación.

- Determinar la relación existente o no, entre la *calidad de vida* de los pacientes postinfarto de miocardio con las variables intervinientes.

MARCO

TEORICO

CAPITULO I

INFARTO

DE

MIOCARDIO

INFARTO DE MIOCARDIO

El infarto de miocardio es una necrosis coagulativa isquémica que comprende una reacción con polimorfonucleares. Necrosis puede definirse como un cambio celular irreversible o muerte de todas o de un grupo de células. Las necrosis miocárdicas pueden ser de tres tipos: coagulativas, en bandas de constricción y miocitólisis. La necrosis coagulativa se origina por isquemia grave y persistente; se encuentra en la zona central de los infartos (14).

A pesar de la frecuencia y gravedad del I.M agudo, se sabe poco respecto a los fenómenos que transforman una situación crónica y estable o un estado por completo asintomático, en una enfermedad aguda que pone en peligro la vida.

Se ha señalado que entre el 40% y el 75% de todas las muertes atribuidas a un I.M se producen durante la primera hora de iniciados los síntomas. Es muy común que la asistencia médica recién se obtenga varias horas después del comienzo de los síntomas. Resulta evidente que para poder reducir la mortandad en la enfermedad arterial coronaria más específicamente en el infarto de miocardio, deben realizarse mayores esfuerzos para obtener una adecuada atención en la fase prehospitalaria.

Un paciente tiene infarto de miocardio cuando presenta alguna de las siguientes anormalidades:

1. dolor torácico opresivo de más de 30 minutos de duración
2. aparecen ondas Q patológicas o anomalías del ST-T

3. incremento del nivel sérico de enzimas cardíacas específicas (CK, CKMB)

No obstante, puede ocurrir que a veces los signos no están presentes cuando se produce el infarto.

1. ETIOLOGIA⁽¹⁵⁾

Los infartos de miocardio tienen tres etiologías comunes:

a) **Aterosclerosis:** Esta es la causa más común. Las arterias coronarias son invadidas por placas que estrechan su luz. Se piensa que esto es producido por lesiones vasculares degenerativas sobre las cuales se forma el trombo.

b) **Espasmo coronario:** el espasmo tiene lugar en un vaso por lo demás normal, o sobre una lesión previa. El vasoespasmo de origen desconocido puede ocurrir repentinamente y detener por completo la irrigación sanguínea. Aunque siendo temporario, puede ser suficientemente intenso como para provocar un infarto de miocardio.

c) **Embolia coronaria:** una de las causas de oclusión coronaria es la embolia. Los émbolos pueden desprenderse de la aurícula (por causa de vaciamiento ineficaz, como en la fibrilación auricular), de una prótesis valvular o válvulas estenóticas.

2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS ⁽³²⁾.

La presencia de un I. M se establece a partir de tres hallazgos:

- a) Dolor clásico con una historia clínica concordante
- b) Elevación enzimática compatible con daño cardíaco
- c) Alteraciones electrocardiográficas.

Se requieren por los menos dos de estos hallazgos para un diagnóstico de infarto de miocardio.

a) **Hallazgos clínicos** El paciente puede no haber tenido antecedentes de angor o infartos previos. Si ha tenido, el dolor por el que consulta suele ser más prolongado e intenso. Puede tener concomitantemente náuseas, vómitos, sudoración, fatiga y disnea. El dolor no calma o lo hace incompletamente con nitroglicerina sublingual.

En el examen físico del paciente puede haber taquicardia (lo más frecuente) o aun bradicardia. La presión arterial generalmente está disminuida, pero puede ser normal o aun elevada. Pueden existir latidos ectópicos, cuarto ruido o aun un tercero, desdoblamiento paradójico del 2 ruido y aun soplos sistólicos de regurgitación mitral.

b) **Alteraciones enzimáticas** Durante el infarto se liberan enzimas hacia el espacio extracelular, que pasan a la sangre en cantidades anormales y pueden detectarse mediante pruebas seriadas de laboratorio.

- **Dehidrogenasa láctica (LDH).** Esta enzima cataliza la oxidación reversible del ácido láctico a ácido pirúvico y está presente en muchos órganos. La electroforesis permite separar la LDH en cinco fracciones químicamente distintas. El músculo cardíaco y los eritrocitos contienen principalmente la fracción 1, o LDH1, mientras que el suero normal contiene predominantemente LDH2, es inferior a 1:1. En las lesiones del miocardio aumentará la LDH total y lo mismo ocurrirá con la relación LDH1/ LDH2, (más de 1:1). Por lo general, esto ocurre en uno o dos días, llega al máximo en 3 a 6 días, y se normaliza en una a dos semanas. Las enzimas e isoenzimas de la LDH se miden en el momento de la internación y durante los tres días siguientes, a la mañana.

- **Creatinquinasa (CK).** Esta enzima, se divide por electroforesis en tres fracciones. Por lo general, la CK3 (músculo esquelético), es la única enzima que se encuentra en el suero normal, si bien pueden existir vestigios de CK2 (corazón). En un infarto de miocardio aumenta la CK total y puede hallarse CK2. Para que el nivel de CK2 sea significativo debe comprender, por lo menos, un 5% del total de la elevación de la CK. La CK aumenta dentro de las 4 a 8 horas después del infarto de miocardio, llega a su máximo en 24 horas y retorna a su línea de base aproximadamente a los 4 días. La sangre para los estudios de CK o de sus isoenzimas se extrae en el momento de la internación y luego cada 8 horas, por lo menos en tres ocasiones.

- **Patrones de alteración.** Ni la elevación de lo isoenzima LDH ni la de CK2 son suficientes para establecer el diagnóstico de infarto de miocardio porque otros órganos también pueden ser responsables de esas alteraciones. No

obstante, un perfil DHL1/ DHL2 mayor que 1:1, siguiendo una elevación de CK2 en el suero se considera significativa cuando aparece asociada a una sintomatología clásica, a un ECG típico, o a ambas condiciones a la vez.

c) Cambios electrocardiográficos

El ECG muestra modificaciones de la repolarización ventricular (segmento ST supradesnivelado o infradesnivelado con ondas Q anormales). A veces, en un principio, el ECG no demuestra cambios o sólo alteraciones en la onda T. Las ondas Q, a veces no se presentan nunca y aun más, las modificaciones evolutivas pueden no ser evidentes.

3. CLASIFICACIÓN⁽¹⁵⁾

Hay cinco recursos útiles en la descripción y clasificación de los I.M ventriculares:

- Infartos transmurales / no transmurales (tipo)
- Infarto anterior / lateral / posterior (localización)
- Infarto base / parte media / punta (localización)
- Infarto derecho / izquierdo / ambos lados (localización)
- Infarto agudo / en cicatrización / cicatrizado (etapa)

Transmural / no transmural: la primera es la afección de más de la mitad interna de la pared ventricular. La segunda se define como la afección de la mitad interna o menos de la pared ventricular.

Anterior / lateral / posterior: la valoración de cortes transversos localiza infartos en posición anterior (anteroseptal), lateral (entre los músculos papilares anterolateral y posteromedial), o posterior (posteroseptal, “verdadero”, “inferior”).

Base / parte media / punta: en el plano topográfico longitudinal, los infartos de miocardio se localizan en la porción basal (un tercio) de los ventrículos, la porción media (tercio medio), o en la apical (tercio de la punta) de los ventrículos, o puede extenderse desde la punta hasta la base.

Izquierdo / derecho / ambos lados: El I.M suele afectar el ventrículo izquierdo, pero en el 33 al 50% de los enfermos con infartos transmurales “inferiores” (posterior) del ventrículo izquierdo hay algo de afección del ventrículo derecho.

Agudo / en cicatrización / cicatrización: los infartos con necrosis se clasifican como agudos; a las tres o cuatro semanas después del infarto se denomina en cicatrización, y después de dos meses, cuando hay tejido cicatrizal denso se denominan infartos cicatrizados. En el mismo corazón puede haber combinaciones de esas tres etapas.

4. DIAGNÓSTICO.

Si bien todo enfermo con dolor torácico prolongado tiene un probable infarto de miocardio, existen múltiples enfermedades que pueden simularlo y que el

médico tiene presente. No obstante ello, el paciente continuará bajo la sospecha de infarto hasta que no se demuestre lo contrario. El médico debe buscar signos objetivos de infarto, efectuar ECG seriados y seguir el movimiento de las enzimas, determinando la creatinkinasa (CPK) y la fracción MB durante los tres primeros días. Si la CPK total esta elevada, el infarto es probable. Si la fracción MB está anormalmente elevada por arriba del 40 % de la CPK total, el infarto es seguro. Si se producen nuevos episodios de dolor deben efectuarse nuevas determinaciones de enzimas.

5. COMPLICACIONES.

Las complicaciones del infarto agudo de miocardio pueden presentarse en el momento de desencadenarse el episodio, o desarrollarse posteriormente, siendo en los primeros días cuando con más frecuencia ocurren. No obstante pueden ocurrir en cualquier momento.

Estas complicaciones son:

- dolor precordial persistente o recurrente
- arritmias y trastornos de conducción auriculoventricular
- insuficiencia cardíaca (edema agudo de pulmón, insuficiencia cardíaca congestiva)
- shock cardiogénico

- hipertensión arterial

- ruptura del miocardio

- pericarditis

- síndrome postinfarto

6. PROBLEMAS COMUNES DE LOS PACIENTES POSTINFARTO

A. FACTORES DE RIESGO.

En estudios bioestadísticos se ha demostrado que la existencia de ciertos factores se asocia significativamente a esta enfermedad. También se ha logrado establecer la relación existente entre las variables individuales y la frecuencia de la enfermedad coronaria, relacionando los factores que determinan la aparición de la afección o que modifican su historia natural. En éstos trabajos, se han identificado características específicas que están directamente relacionadas con la aparición de manifestaciones clínicas de las cardiopatías isquémicas. Si bien no constituyen las causas etiológicas de la alteración patológica, permiten predecir, el “riesgo” de padecer la enfermedad en un plazo determinado. Estos son los denominados *factores de riesgo* (15).

Los factores de riesgo se pueden agrupar en:

- No modificables

Edad

Sexo

Predisposición genética

- Modificables

Dislipidemias

Hipertensión arterial

× Hiperuricemia y gota

Tabaquismo

Diabetes

× Menopausia en la mujer

Sobrepeso y Obesidad

Sedentarismo

Conducta tipo A ×

Otros

NO MODIFICABLES.

EDAD. El proceso de arteroesclerosis coronaria se inicia en la infancia y progresa a lo largo de los años, de tal forma que la placa de ateroma suele producir problemas clínicos a partir de la 4 - 5 décadas de la vida, cuando se produce una estenosis crítica al flujo coronario o cuando la placa experimenta complica-

ciones agudas -rupturas, trombosis- que desencadenan eventos clínicos agudos. Así pues, la incidencia de cardiopatía isquémica aumenta con la edad.

Es un hecho bien conocido que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en personas en la edad media de la vida en los países desarrollados y que son responsables del 25-45% de la mortalidad total (15-25% por cardiopatía isquémica). Para cada tramo de edad el riesgo aumenta significativamente en las personas con factores de riesgo.

SEXO. El ser varón es un factor de riesgo biológico para cardiopatía isquémica. Entre 35 y 64 años el varón tiene una mortalidad por esta enfermedad cuatro a cinco veces la de la mujer. La mujer desarrolla el proceso de arteroesclerosis coronaria a una edad más avanzada. Durante su vida fértil, hormonalmente activa, tiene una baja probabilidad de presentar accidentes cardíacos, aunque a partir de la menopausia el riesgo se incrementa progresivamente y en los años posteriores la incidencia de enfermedad llega a alcanzar las mismas cifras que en el varón. Así pues, la mujer lleva un retraso que oscila entre 10 y 15 años cuanto al inicio de la patología coronaria, con lo cual los accidentes isquémicos cardíacos se presentarán fundamentalmente a partir de la sexta-séptima décadas de la vida, aumentando progresivamente en los años siguientes.

En mujeres diabéticas, fumadoras y/o consumidoras de contraceptivos orales, el riesgo de accidentes coronarios en edades premenopáusicas aumenta de forma significativa.

PREDISPOSICION GENETICA. El haber tenido un familiar en primer grado con cardiopatía isquémica, especialmente si sucedió antes de los 55 años, se

asocia con un riesgo mayor de padecer la enfermedad. También existe una predisposición genética a padecer hipertensión, intolerancia a la glucosa y diabetes. A todo ello pueden agregarse factores ambientales dependientes de hábitos aprendidos en el seno de la familia, tales como alimentación, sedentarismo, hábito de fumar y otros.

MODIFICABLES.

MENOPAUSIA EN LA MUJER. Esta, implica pues una situación de mayor riesgo para patología cardiovascular, lo cual parece estar en relación con el aumento de los factores de riesgo convencionales que dicha situación conlleva. En la mujer posmenopáusicas hay una mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y de las lipoproteínas de baja densidad. También resulta frecuente observar la tendencia al sobrepeso y a la obesidad.

DISLIPIDEMIAS. Si hay un factor de riesgo del cual se tenga evidencia de su relación con el proceso ateroscleroso, éste es el aumento del colesterol en sangre y concretamente del colesterol ligado a las lipoproteínas de baja densidad. Se ha demostrado en numerosos estudios la asociación de hipercolesterolemia con mayor riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares.

Las vinculaciones existentes entre hipercolesterolemia, dislipoproteinemias, obesidad, ingesta de colesterol y grasas saturadas, con la incidencia de mortalidad por enfermedad coronaria, son las que han dado lugar al mayor número de publicaciones y controversias, fácilmente explicables por la multiplicidad de las variables en juego.

Los adelantos en los conocimientos sobre el metabolismo y la más accesible determinación de las lipoproteínas en el laboratorio han posibilitado relacionar los elevados niveles de colesterol ligado a las lipoproteínas de baja densidad, las LDL, con un mayor riesgo de enfermedad coronaria. Por el contrario, la fracción de colesterol transportada por lipoproteínas de alta densidad (HDL), se comporta estadísticamente de manera inversa: una disminución de la HDL se asocia con un aumento de las probabilidades de enfermedad. Esta hipótesis de Miller y Miller, propone la existencia de factores protectores de la aterogénesis, como las HDL, ya que esta fracción es la encargada de llevar el colesterol desde los tejidos periféricos (entre éstos la pared arterial) al hígado, donde es catabolizado y eliminado.

En los últimos años, se han publicado suficientes estudios que demuestren una falta de progresión, o incluso regresión (12 %) de las lesiones coronarias cuando se consigue un descenso en el colesterol plasmático, con cambios en el estilo de vida, dietas adecuadas, ejercicio físico habitual y tratamiento farmacológico o quirúrgico. La reducción de eventos coronarios se sitúa en un 50 %. A la vista de lo expuesto queda claro el papel del colesterol como factor causativo y necesario en el desarrollo de la ateromatosis coronaria (19).

HIPERTENSION ARTERIAL. Existe una doble y estrecha relación entre la hipertensión arterial y aterosclerosis, por una parte la presión arterial elevada desempeña un papel importante en la patogenia de la aterosclerosis y, por el otro lado, la aterosclerosis de ciertas arterias puede producir hipertensión arterial.

La experiencia de la clínica general, y el cúmulo de evidencias epidemiológicas, no han dejado dudas de que la hipertensión arterial incrementa la mortali-

dad general al favorecer la aparición de insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal. Se sabe, además, que es una de las afecciones más generalizadas, ya que afecta del 15 al 20 % de la población adulta prevaleciendo la mediana edad, ancianos, obesos, mujeres que utilizan anticonceptivos orales, etc., todos individuos con el más alto riesgo de padecer cardiopatía isquémica.

La elevación de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica, fija o transitoria, primitiva o secundaria, se encuentra asociada a un aumento del riesgo para enfermedad cardíaca isquémica. Este riesgo es proporcional a las cifras de tensión arterial, y a la coexistencia y magnitud de otros factores de riesgo, como hipercolestoremia y tabaquismo; en estas circunstancias el riesgo aumenta en proporción geométrica.

En estudios realizados en prevención primaria, han demostrado una clara y significativa disminución de la mortalidad vascular con reducción de las cifras de TA. En líneas generales se ha comprobado que una reducción de 5-6 mm en la TA diastólica mantenida durante un período de 5 años se acompaña de una disminución del 42 % en el número de accidentes cerebrovasculares, un 14 % de reducción de episodios coronarios y un 21 % de la mortalidad cardiovascular.

HIPERURICEMIA Y GOTA. Los pacientes gotosos, son frecuentemente obesos, hipertensos y con trastornos de los lípidos plasmáticos. En tal sentido la gota está asociada a una incidencia prematura e incrementada de afecciones cardiovasculares.

La mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares en la gota primaria ha sido relacionada con un incremento de adhesividad plaquetaria y en el recambio de plaquetas inducido por la hiperuricemia.

TABAQUISMO. El consumo de cigarrillos, es un importante factor de riesgo de cardiopatía isquémica. Existen numerosos estudios que revelan una fuerte asociación entre el hábito de fumar cigarrillos y la aterosclerosis coronaria y aórtica, lo cual es proporcional al número de cigarrillos fumados, es decir, que existe una relación dosis/respuesta. Puede decirse que los fumadores importantes (dos o más paquetes de cigarrillos al día) tienen cuatro veces más episodios coronarios, tres veces más accidentes cerebrovasculares y dos veces la mortalidad por cardiopatía isquémica que los no fumadores.

Los mecanismos que se han implicado en su acción negativa sobre el sistema cardiovascular son múltiples y variados: en primer lugar, la nicotina tiene un efecto de estimulación adrenérgica y puede desencadenar episodios de isquemia miocárdica, el aumentar el consumo de oxígeno miocárdico, así como desencadenar arritmias, incluso letales. La nicotina y el monóxido de carbono producen un aumento del estado trombogénico, con aumento de la adhesividad plaquetaria, lo que puede llevar a complicaciones agudas de la placa de ateroma. Además, puede existir un efecto negativo a nivel de aceleración de la enfermedad arteriosclerosa, tanto por efecto nocivo directo sobre el endotelio como por potenciar otros factores de riesgo coronario.

Se ha demostrado en forma indudable, que el pronóstico de salud cardiovascular mejora rápida y considerablemente, cuando se interrumpe el hábito de

fumar. Si bien el beneficio máximo se obtiene con la supresión total del hábito de fumar, una reducción significativa, sobre todo en los grandes fumadores, reduce notoriamente el riesgo.

DIABETES. Es un trastorno del metabolismo hidrocarbonado, que puede deberse a una falta de producción de insulina por el páncreas (diabetes tipo 1) o a una resistencia periférica a la insulina (diabetes tipo 2). En ambos casos se produce una hiperglucemia que se asocia con daño vascular, tanto a nivel de la macro como de la microcirculación. Los vasos más frecuentemente afectados son los del riñón, retina y corazón. Las personas diabéticas ven incrementado su riesgo de padecer una cardiopatía isquémica. En estudios epidemiológicos de población se ha comprobado que el riesgo es de 2-3 veces para el varón y 3-7 veces para la mujer respecto a personas de la misma edad no diabéticas.

El impacto de la diabetes es más notable en el sexo femenino, que muestra la misma morbimortalidad que el sexo masculino, lo que implica que la protección ligada al sexo se encuentra anulada en las mujeres diabéticas. En general puede afirmarse que el riesgo vinculado a la diabetes se incrementa considerablemente con la concurrencia de hipertensión arterial, hábito de fumar e hipercolesterolemia.

SOBREPESO Y OBESIDAD. Los individuos con sobrepeso parece que experimentan más a menudo enfermedad arterial coronaria. Esto sucedería por la existencia simultánea de otros factores de riesgo, asociados a la obesidad, tales como la edad, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, tabaco, etc.

El sobrepeso de por sí no indica riesgo de cardiopatía isquémica, si lo hacen la presión arterial, la glucemia, etc. que acompañan a ese estado.

SEDENTARISMO. Existe abundante evidencia de que la actividad física mantenida disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y un metaanálisis de varios estudios concluyó que el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica es de 1,9 en personas sedentarias comparadas con las físicamente activas.

La vida sedentaria es causa directa de la aparición de varios factores de riesgo para la salud y favorecedora de otros. La inactividad física reduce el rendimiento cardiopulmonar, disminuye la movilidad articular, provoca atrofas musculares y vicios posturales.

CONDUCTA TIPO A. Los individuos con patrón de conducta tipo A se caracterizan por un impulso competitivo excesivo, un deseo persistente de reconocimiento y progreso, gran agresividad, se involucran en múltiples funciones sometidas a límites de tiempo, con propensión a acelerar continuamente su ritmo de vida.

En un estudio realizado por Roseman y Friedman hallaron que los hombres que evidenciaban este tipo de conducta, tenían el doble de probabilidades de desarrollar alguna manifestación de cardiopatía isquémica que los del tipo no A o tipo B.

OTROS. Es indudable que los factores psicosociales en sentido amplio y el estrés en particular, representan un importante papel en la etiopatogenia de la aterosclerosis, y en consecuencia en la prevención de la cardiopatía isquémica.

Están, además, correlacionados con ciertos aspectos de la forma de vida tales como la dieta, el hábito de fumar y la actividad física; los cuales a su vez, se relacionan con la frecuencia de las afecciones coronarias.

El *STRESS*, no sólo se puede decir que es un factor de riesgo en ocasiones único, sino que a su vez es un generador de factores de riesgo. Tiene una activa participación en la hipertensión arterial, acentúa o genera la hipercolesterolemia, mantiene o induce el hábito del tabaquismo, es causal de obesidad de difícil corrección, produce inestabilidades humorales que aceleran o desestabilizan la diabetes o inducen la pérdida del potasio.

Es decir, que al listado de factores modificables, le podemos agregar el estrés, potenciado por las nuevas condiciones socio-económicas y socio-políticas, cada vez más proclives a producir desajustes ante las expectativas y lo que la vida ofrece.

B. PROBLEMAS PSICOSOCIALES.

Esta denominación incluye todas aquellas perturbaciones que surgen dentro del marco de relaciones personales y laborales, que condicionan de manera decisiva el proceso de enfermedad y de rehabilitación de la persona que ha sufrido un infarto de miocardio.

"El ataque de una dolencia crónica puede dejar al paciente con múltiples incapacidades que desorganizan su vida familiar y sus planes futuros, alteran la imagen de su cuerpo, acaban con su posición en el trabajo y disminuye su amor

propio, su seguridad y su independencia. El esfuerzo del paciente para ajustarse a la enfermedad, la incapacidad y la hospitalización se acompaña de tensiones psicológicas. El paciente descubre que su cuerpo no es indestructible, que puede ser súbitamente vulnerable a la muerte y al dolor." ¹

Es de suma importancia conocer el lugar donde el paciente se encuentra situado, si queremos llevar adelante un proceso de rehabilitación. Debemos interesarnos acerca de las experiencias pasadas, las dificultades económicas que conllevan un stress laboral, los conflictos en el matrimonio o con los hijos, interesa detectar cuáles son las tensiones actuales, presentes, a que habrá que hacer frente cuando la persona regrese a su quehacer normal. En la medida en que ese futuro inmediato sea tranquilo o dificultoso, resultará más o menos fácil su incorporación al mismo.

Uno de los temas más importantes a tener en cuenta es el reajuste laboral. Es importante tener en cuenta el nivel de suficiencia económica del paciente. Se ha encontrado que las personas que tienen altas remuneraciones o alto índice de satisfacción personal en el trabajo aspiran a una incorporación precoz a sus tareas; por lo contrario, cuando el trabajo o el salario tienen escaso interés, crece el peso del infarto y se aminora la urgencia por el restablecimiento social. Existe temor, de la relación fortuita entre la actividad, la muerte y los ataques cardíacos. Por eso, la mayoría de los pacientes que pueden regresar al trabajo, no lo hacen. La percepción de incapacidad personal es uno de los determinantes mayores para la reincorporación social y laboral, siendo muy diferente de uno a otro paciente.

¹ Trombly, Catherine A. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Third Edition. Edit. Williams & Wilkins. Baltimore 1989. Chapter 30.

La familia es el otro gran núcleo a tener en consideración. En muchas ocasiones se encuentran relaciones nuevas a partir del mismo infarto que es necesario controlar. Entre éstas se incluye el excesivo proteccionismo que a veces segregan los familiares próximos al paciente, impidiéndole no sólo los esfuerzos peligrosos sino los normales y debidos, y en ocasiones una actitud deprimida y desesperanzada que contrarresta cualquier proceso de rehabilitación.

La morbilidad asociada con trastornos cardíacos tiene manifestaciones psicológicas así como fisiológicas. Si no se trata puede agravar el trastorno cardíaco asociado o interferir en su tratamiento. La amenaza de muerte así como el impacto de una enorme cantidad de intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de sostén vital invasoras contribuyen al desarrollo de la sintomatología neuropsiquiátrica.

El corazón y el área precordial, responden rápidamente a los estímulos emocionales y recíprocamente, las sensaciones originadas en esas áreas son frecuentemente sentidas e interpretadas como emociones. La angustia y la rabia provocan una intensa actividad del sistema nervioso simpático. Las modificaciones orgánicas, realizan un cambio en el organismo que les permite situarse frente a situaciones nuevas. Ante lo nuevo hay un intento de reubicación: si ante la nueva situación, el sujeto no tiene respuesta aparecerá la angustia, produciendo una desorganización de lo simpático, lo que provocará la disminución del volumen sanguíneo, baja presión, pudiendo bruscamente provocar daños irreparables en los órganos de la circulación (6).

En las primeras 4 hs después de un infarto de miocardio ocurren numerosos decesos. Un factor fundamental que contribuye a esta mortalidad es el período

de demora entre el comienzo de los síntomas que anuncian el infarto y la llegada del individuo a una sala de guardia para evaluación y tratamiento. Se ha demostrado, que ésta demora en obtener atención médica, no tiene relación con el nivel educativo, la clase socio económica, el sexo, los antecedentes de I.M., el conocimiento de personas que han tenido angor o una enfermedad cardiovascular. La responsable de ésta demora es la negación; los familiares del paciente a menudo también están sujetos a ésta misma respuesta psicológica. Por lo tanto, debe emprenderse la educación del individuo que tiene la enfermedad coronaria y de su familia en cuanto a los signos y síntomas de un I.M.

Al llegar a la sala de guardia, el paciente se enfrenta con una secuencia de sucesos, que comienza con el asalto del personal médico que lo somete a procedimientos incómodos. Comúnmente, se produce ansiedad y se complica por la presencia de dolor, disnea, el recuerdo de internaciones previas después de síntomas similares y el temor a la muerte.

Cassem y Hackett, demostraron que los pacientes internados en una Unidad Coronaria (U.C.), tienen reacciones emocionales distintivas incluyendo ansiedad, negación y depresión, que se correlacionan con la duración de la internación.

Algunos autores manifiestan que según su experiencia se han encontrado tres fases psicoanímicas -sin ser patrones rígidos de conducta-, en el paciente que ha sufrido un infarto de miocardio; en un primer momento, mientras el paciente permanece en el sector de cuidados especiales, predomina cierto quietismo, no exento seguramente de un temor de expectativa y con un componente constante y más o menos marcado de ansiedad. Posteriormente a medida que la situación se

estabiliza, el paciente es pasado a un ambiente de tratamiento general y va tomando conciencia de su estado actual. Siendo ahora el motivo central de su pensamiento no el riesgo de muerte, sino el de su vida futura, donde se plantea problemas de incapacidad, pérdida o limitación de sus posibilidades laborales, situación económica, todo lo cual hace que predomine en esta fase un estado de inseguridad con un componente de depresión. La tercera fase, es aquella en que el paciente se va adaptando a sus nuevas condiciones y en cierta forma recompone sus hábitos de vida; aquí es cuando se debe tratar de lograr que la calidad de vida sea lo más normal posible (14).

C. SEXUALIDAD.

Una vital inquietud presiona al cardíaco; es la de su actividad sexual. El paciente generalmente se encuentra desorientado y temeroso. Algunos optan por la abstinencia total, con el natural efecto deteriorante para la pareja. Situación que en la mayoría de los casos tanto el paciente como el médico le cuesta mucho trabajo hablar acerca de éste tema, aunque el impacto psicológico sea importante. Hellerstein y Friedman han demostrado que en personas de edad madura que tienen relaciones sexuales con su cónyuge, la frecuencia sexual es relativamente modesta y breve. Se ha encontrado, que los postinfartados aceleran la frecuencia cardíaca durante el coito hasta un máximo de entre 90 a 144 latidos por minutos en el clímax. Que la duración de éste es de 10 a 15 segundos y la taquicardia durante la cópula es de alrededor de 10 minutos. Con éstos datos se pueden inferir que cuando la tolerancia al esfuerzo es superior al costo mencionado la única ra-

zón para la abstinencia es la ansiedad y poca información del paciente y su cónyuge. Es importante reconocer que la autovaloración de muchos hombres reconoce como parámetro el ser sexualmente activo (21).

CAPITULO II

CALIDAD DE VIDA

VS

INFARTO DE

MIOCARDIO

CALIDAD DE VIDA vs INFARTO DE MIOCARDIO

Durante los últimos tiempos se habla mucho acerca de "*CALIDAD DE VIDA*", y especialmente en el área de la rehabilitación "el desarrollar acciones tendientes para mejorar la misma", se ha convertido en el principal objetivo. Pero antes de introducirnos específicamente en dichas acciones considero importante intentar encontrar respuesta a interrogantes tales como: ¿qué significa Calidad de Vida?, ¿Cómo puede definirse funcionalmente conceptos tales como Calidad de Vida y satisfacción personal o autosatisfacción?, ¿Cuáles son las variables ambientales que con mayor probabilidad modifiquen la Calidad de Vida, teniendo en cuenta las diversas clases de personas, las diferentes etapas de su vida y el ambiente en el que interactúa?

La *Calidad de vida* no es algo que se tiene o se recibe, sino algo que de forma activa ha de crear uno mismo siempre que los diversos contextos proporcionen las condiciones adecuadas para ello. Llevar una "buena vida" supone tener la oportunidad de guiar tu propia vida de forma autónoma según los dictados de tus intereses, deseos y necesidades. Estas necesidades, que hacen que la persona lleve una vida digna pueden ser externas a ésta o bien las construye la propia persona, siempre y cuando reciba las oportunidades para hacerlo. A partir de esto es que podemos afirmar que dicho concepto es algo dinámico y complejo, que todas las personas construyen, y en el que las condiciones son diferentes de una persona a otra (estilo de vida), existiendo la influencia de variables tales como: la cultura, los valores personales, la confianza personal, la actitud y apoyo social y las oportunidades.

La *Calidad de Vida* ofrece a las personas oportunidades tales como: poder elegir, tener cosas importantes que hacer, ganarse la vida si es posible, vivir en un lugar agradable, tener amigos y gente con las que compartir tus deseos e intereses, tener oportunidad de disfrutar el tiempo libre, pasar un buen rato con amigos, disponer de momentos de felicidad, etc.. Por lo tanto, la podemos definir como "la capacidad que tiene una persona determinada para desempeñar adecuadamente y con autosatisfacción sus roles en las áreas familiar, social y laboral. Esto no implica solamente que la persona se halle integrado en dichas áreas, sino que además desempeñe sus funciones en ellas con satisfacción para sí mismo"²

La presencia de un I.M. así como cualquier trastorno patológico profundo, puede dejar a la persona con múltiples incapacidades que desorganizan su vida familiar, social y laboral, sus planes futuros, alteran la imagen de su cuerpo, disminuyen su autoestima, su seguridad personal y su independencia (28). La persona encuentra limitaciones para desarrollar con eficacia y autosatisfacción sus destrezas físicas, psíquicas y sociales, las capacidades físicas se reducen, y el estilo de vida se fragmenta, disminuyendo de ésta manera su participación significativa en la sociedad.

La *Calidad de Vida*, está constituida por un amplio rango de capacidades funcionales, síntomas y características psicosociales que describen una serie de habilidades individuales, las que producen satisfacción en el individuo. Cualquier modificación que se presente en alguno de éstos aspectos, va a incidir directamente sobre la misma (30).

² Velasco Rami, José A.; Atienza Fernández, Felipe y Ridocci Soriano, Francisco. Análisis de la calidad de vida en los pacientes rehabilitados. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: página 91.

Cuando hablamos de *capacidades funcionales* hacemos referencia a todas aquellas habilidades individuales que posee una persona para realizar con independencia las diferentes actividades de la vida diaria. Aquí, se tiene en cuenta las actividades que realiza la persona en las áreas de sueño y descanso, movilidad y tiempo de ocio y trabajo. Durante la evaluación de las mismas se toman en cuenta factores tales como: el tiempo que la persona utiliza para descansar, así como también la calidad de ese descanso; las actividades de la casa que tiene a su cargo; el tiempo que la persona utiliza para realizar caminatas, pasatiempos, salidas de su casa y la calidad de los mismos; también se tiene en cuenta el trabajo que realizaba anteriormente y cuál es la actitud que toma ante el mismo o hacia otros trabajos diferentes.

Si nos referimos a *síntomas* incluimos dentro de éstos a todo aquello que el paciente nos hace saber acerca de lo que siente y como lo vive, como por ejemplo: disnea, fatiga, dolores torácicos, recidivas, hospitalizaciones como consecuencia de la enfermedad, etc. Estos, son evaluados por el médico tratante y tenidos en cuenta en el momento de realizar las diferentes actividades. Es de suma importancia recordar a la hora de evaluar dichos síntomas, el tipo de actividad que la persona realiza, si es conocida o no, si es de su agrado, si está motivado para la misma, si él cree que posee las destrezas necesarias para la ejecución de ésta, la concentración mental que necesita, el valor que él le adjudica, así como también el valor cultural de la misma. La presencia o ausencia de dichos factores influirán directamente en el menor o mayor costo energético, respectivamente, que la persona necesita para la ejecución de dicha actividad, así como también el

riesgo que la misma le confiere en la presencia o ausencia de los síntomas anteriormente mencionados.

Por *características psicosociales* se entiende a todas aquellas percepciones y relaciones que surgen como consecuencia de la interacción de la persona dentro de las áreas personal, familiar, social y laboral como pueden ser: bienestar, auto-satisfacción, depresión, miedo, etc. los puntos a evaluar son: comportamiento emocional, proyectos de futuro, relaciones sociales, comportamiento de alerta y comunicación. En éste ítem se toma en cuenta la interrelación del individuo con su ambiente. Son factores a evaluar: la comunicación que la persona mantiene con sus pares; la reacción emocional consigo misma y con sus pares; las dudas ante su futuro; la relación que la persona mantiene con sus amigos, familiares, hijos y otros; la importancia que le adjudica al factor económico sobre la influencia de éste en la elección y la ejecución de sus actividades; así como también su creencia acerca de los roles que desempeña y de la eficacia de los mismos.

Debemos tener en cuenta que muchos son los cambios que se han venido sucediendo durante las últimas décadas en el área de la cardiología. Estos permiten prolongar la supervivencia de los pacientes, la cual, no va a ser del todo gratificante si se van a ver jalonada por recaídas, síntomas invalidantes, hospitalizaciones, cuidados intensivos, etc. (10, 29, 30). Dichos progresos también fueron abarcando el área de la Rehabilitación Cardíaca, siendo (en la actualidad) el fin primordial de la puesta en marcha de los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC), el intentar conseguir una mayor supervivencia en las mejores condiciones posibles.

Hay que proporcionar más años de vida, pero también ofrecer una mejor calidad a esos años.

Estos PRC son de actuación multifactorial y ejercen sus efectos en tres dimensiones:

- a) Controlando los factores de riesgo coronario
- b) Mediante el entrenamiento físico, y
- c) Con medidas de carácter psicológico.

El control de los factores de riesgo incide sobre el pronóstico de la enfermedad (prevención secundaria), mientras que los ejercicios de entrenamiento psicofísicos lo harán además sobre la calidad de vida. Las medidas de carácter físico originan beneficios en la esfera psicológica y reducen el miedo, la ansiedad y la depresión, tan habituales en estos enfermos, además proporciona mejoría en la capacidad funcional del individuo, independientemente de la edad y del sexo (17).

"Las actuaciones a nivel psicológico están fundamentadas en la importancia de diversos factores psicosociales que, conocidos de antiguo, inciden en estos pacientes de tal forma, que algunos autores consideran incluso la cardiopatía isquémica una verdadera enfermedad psicosomática."³

Las primeras descripciones realizadas por Friedman y Rosenman, y Jenkins se han resumido en tres grandes apartados:

a) Factores socioeconómicos y de desorganización social cuando se trata de enfermos con peculiar ligazón al trabajo, intento de dominación en el ámbito familiar y búsqueda de puestos de responsabilidad en la comunidad;

b) Acontecimientos vitales en los meses previos al episodio agudo de insuficiencia coronaria. Son individuos de personalidad rígidas y con menor capacidad de adaptación los que en mayor porcentaje padecen la enfermedad.

c) Personalidad: dos características se dan en éstos enfermos. La *alexitimia* o la incapacidad para expresar los sentimientos íntimos, así como la ausencia de fantasías, y la llamada *personalidad de tipo A*, caracterizada por la tendencia a la competitividad, obsesión por el tiempo y la puntualidad, inquietud motora con baja tolerancia a la inactividad, etc.

Como consecuencia de estas características psicológicas, los pacientes isquémicos experimentan diversos trastornos con mucha frecuencia. Los PRC tienen importantes efectos positivos sobre las patologías que se presentan más habitualmente, ansiedad y depresión. Estos efectos también pueden observarse en la disfunción sexual, en donde el 30% de los pacientes confiesan que la calidad y cantidad de su actividad sexual mejoró tras la inclusión en los PRC (17).

Un Programa de Rehabilitación Cardíaca llevado a cabo en el hospital "Ramón y Cajal" de Madrid arrojó los siguientes resultados obtenidos en 349 pacientes: 310 con IAM y 39 operados de pontaje aortocoronario. " Los resultados demuestran que existe un abandono del hábito tabáquico del 84.3%, con una rein-

³Maroto Montero, J. M. Rehabilitación y cardiopatía isquémica. ¿Fantasía y realidad? Prevención secundaria. Revista Española de Cardiología 1989; vol. 42; núm. 1; pág. 51

corporación laboral del 60% en los infartados y del 51.35% en los operados. La capacidad funcional mejoró significativamente con una $p < 0.001$. Aunque la sensación subjetiva de disfunción sexual se acerca al 50%, el número de coitos al mes es similar al de la población sana de la misma edad."⁴

Los resultados obtenidos en el trabajo anteriormente mencionado permiten concluir que: " la indudable mejoría en la calidad de vida de los pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca justifica, por sí sola, la puesta en marcha de este sistema terapéutico. Sin embargo, es necesario conseguir pautas de actuación que eviten que los pacientes abandonen los consejos recibidos durante la fase I y II de los programas. En nuestra experiencia, los enfermos atemorizados por el episodio agudo (IAM o cirugía) suelen seguir las pautas aconsejadas durante los primeros 10 ó 13 meses. Transcurrido dicho período y reintegrados los sujetos a su actividad sociolaboral y hábitos previos, reinciden en modos de vida totalmente nocivos."⁵

La vuelta al trabajo, que también es mayor en los pacientes que siguen un PRC, incide positivamente en la Calidad de vida, fundamentalmente en los individuos con profesiones intelectuales y en los trabajadores autónomos (17, 18).

Por lo tanto, queda totalmente demostrado que los PRC originan una clara mejoría en la *calidad de vida* de los pacientes que han sufrido un episodio agudo de insuficiencia coronaria. Cada vez va a ocurrir más en el futuro y de hecho ya

⁴ Maroto Montero, J. M.; De Pablo Zarzosa, C.; Artigao Ramírez, R.; Morales Durán, M. D.; Lozano Suárez, M.; et al. Rehabilitación en la cardiopatía isquémica. Resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico. Archivos del Instituto de Cardiología de México 1992; vol. 62; Págs. 441.-

⁵ Maroto Montero, J. M.; De Pablo Zarzosa, C.; Artigao Ramírez, R.; Morales Durán, M. D.; Lozano Suárez, M.; et al. Rehabilitación en la cardiopatía isquémica. Resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico. Archivos del Instituto de Cardiología de México 1992; vol. 62; Págs. 445.-

estamos inmersos en ello, el que la principal tarea de la medicina actual sea el prolongar y mejorar la Calidad de Vida de los pacientes.

Es de suma importancia disponer en la medicina de instrumentos de evaluación de la *Calidad de Vida*, fiables y válidos. Estos instrumentos permiten identificar y realizar seguimientos más objetivos de los pacientes que no la mera impresión subjetiva de él mismo o del médico. En pacientes crónicos, en quienes es más difícil valorar cambios poco importantes, puede ser de utilidad la objetivación de su C. V. y las modificaciones que en ella puedan producirse después de cualquier tipo de intervención.

Es por lo anteriormente expuesto, que ya desde el comienzo de los años 70 surge la necesidad de desarrollar una guía de evaluación para la Calidad de Vida. Los primeros estudios se realizaron en pacientes crónicos, generalmente neurológicos o reumáticos, algunos se destinaron a pacientes cardiovasculares. Los cuestionarios realizados al principio fueron genéricos y se dedicaron a evaluar el estado de salud del individuo, posteriormente surgió la necesidad por parte de los investigadores interesados, de crear y estructurar cuestionarios más específicos que pudieran medir con mayor aproximación la Calidad de Vida y orientados hacia determinadas patologías (30, 31).

Se han estructurado, validado y publicado distintos cuestionarios específicos para determinadas cardiopatías. El primer cuestionario sobre Calidad de Vida destinado para pacientes con I.M. ha sido el de Oldridge con el que su grupo estudió los efectos sobre la misma de la Rehabilitación Cardíaca. El cuestionario de Velasco-Del Barrio utilizado en ésta investigación se realizó a partir de los cues-

tionarios de Oldridge y del SIP, siendo los motivos principales para la elaboración de éste, la ausencia de cuestionarios originales en lengua castellana y la aplicación habitual en pacientes cardíacos de cuestionarios diseñados originalmente para otras patologías (30,31).

CAPITULO III

REHABILITACIÓN

CARDÍACA

REHABILITACIÓN CARDÍACA

1. EVOLUCION HISTORICA Y SITUACION ACTUAL (29, 30)

"Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) y las Cardiopatías Isquémicas (CI) más concretamente, siguen representando un problema sanitario grave en los países desarrollados puesto que aunque su mortalidad se halla en declive (en algunos de ellos), continúan siendo la primera causa de muerte entre los varones mayores de 45 años y en las mujeres mayores de 65 años, en la mayoría de los países europeos, según datos de la OMS"⁶. Por ello, las medidas de prevención primaria y secundaria de las ECV, entre las que son prioritarias las dirigidas a prevención de la cardiopatía coronaria, deberían colocarse siempre en primera línea entre los objetivos de las autoridades sanitarias y en la actividad de los profesionales y, más concretamente, de los dedicados en el campo de la cardiología.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que durante las últimas décadas los adelantos que se fueron produciendo en el campo de la cardiología han sido espectaculares desde todos los puntos de vista. Los medios diagnósticos in-cruentos han alcanzado una perfección inimaginable hace pocos años y las medidas terapéuticas se han incrementado con nuevos fármacos que, además de mejorar el curso de la enfermedad a corto plazo, han logrado en muchos casos alargar la supervivencia. Por otro lado, las técnicas quirúrgicas mantienen y mejoran los resultados en los casos de peor pronóstico. Estos motivos, han prolongando de alguna manera la supervivencia de los cardíopatas aunque a costa en la gran ma-

⁶ Velasco Rami, José A. y Maroto Montero, José M. Rehabilitación Cardíaca. Evolución histórica y situación actual. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 2.

yoría de los casos de la aparición de complicaciones y muchas veces, a la larga, de la presentación de situaciones irreversibles como la insuficiencia cardíaca. "El aumento de la morbimortalidad por cardiopatía isquémica especialmente Infarto de Miocardio, y la mayor frecuencia de presentación en sujetos jóvenes aptos de una completa capacidad laboral, hacen necesario, así como todas las consideraciones precedentes, prestar mayor atención a los cardiópatas en el sentido de cuidar la prevención secundaria, intentando conseguir una más larga supervivencia en las mejores condiciones posibles, lo que constituye el fin primordial de la RC. Hay que proporcionar más años de vida, pero también procurar dar más vida a esos años."⁷

Algún trabajo publicado a comienzos de siglo y otros en la década de los cuarenta aconsejaron de forma bastante convincente que los pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio (I.M.) debían guardar reposo en cama durante unas 6 semanas. A continuación, se aconsejaba un período aún más prolongado de reposo en un sillón y posteriormente se restringían de por vida las actividades de los pacientes, lo que llevaba a que prácticamente todo aquel que sobrevivía a un I.M se convirtiera en un incapacitado.

A los pocos años, Hellerstein y Ford hablaron ya de la rehabilitación de los pacientes cardíacos en términos que aún conservan completa actualidad, al referirse a la movilización de los enfermos acortando al máximo el período de reposo y, con ello, la convalecencia, y ocupándose además de los problemas emocionales de los mismos y de su reajuste laboral. Hirsch y Hellerstein fueron los primeros

⁷ Velasco Rami, José A.; Atienza Fernández, Felipe y Ridocci Soriano, Francisco. Op. Cit. Pág. 92

que pusieron en marcha un programa de Rehabilitación Cardíaca (RC) basado en el ejercicio físico, pero puede decirse que fue la publicación de un Informe Técnico de la OMS en 1964, lo que impulsó de forma generalizada su desarrollo. La misma OMS publicó cuatro años más tarde las directrices para un programa de rehabilitación física para pacientes que habían sufrido un I.M.

Ya desde la puesta en marcha de los primeros programas de RC, se puso de manifiesto que el ejercicio físico aislado no era suficiente, sino que era imprescindible actuar sobre los factores de riesgo con los consejos adecuados, y sobre las esferas psicológicas y social de los pacientes. De esta manera, los programas de RC han de ser siempre enfocados a abarcar todas las esferas, desde el convencimiento de que el manejo de una enfermedad cuyo origen es multifactorial, y que no puede abordarse más que sobre la base del control del mayor número de dichos factores.

Los primeros trabajos científicos con resultados sobre RC se publicaron en la década de los 60 y posteriormente, en los 70. Se trataba de estudios con grupos de control aunque no randomizados y algunos de ellos mostraban una mayor supervivencia entre los pacientes aunque sin alcanzar significación estadística. Uno de los mejores estudios fue el de Kellermann y cols en Israel (publicado en 1977), con 154 pacientes repartidos en 3 grupos: uno de ellos de control; el segundo que realizó un programa de entrenamiento físico de 4 meses de duración, y el tercero que siguió un largo programa de RC de 1 a 3 años. La supervivencia a los 10 años fue bastante mejor entre los que habían seguido el programa prolongado (91 %)

que entre los que se incluyeron en el programa corto (71 %) o en el canal habitual de tratamiento sin ejercicio (67 %).

Gottheiner encontró una mortalidad muy reducida al final de 5 años de seguimiento (3,5 %) en un grupo de pacientes que seguían entrenamiento físico y la comparó con la de otro grupo que no había seguido ningún tipo de entrenamiento y que presentó una mortalidad mayor de (12 %). El grupo de Goteborg, que fue uno de los primeros en iniciar un entrenamiento físico postinfarto en 1968, también publicó resultados similares con disminución de la mortalidad, aunque no significativa, entre los pacientes entrenados.

El estudio de la Oficina para Europa de la OMS en el que participaron 23 centros europeos y el de Kellermann en Israel, constituyó el estudio randomizado más ambicioso realizado hasta la fecha, ya que incluyó a 3.184 pacientes, se prolongó durante varios años y sus conclusiones fueron publicadas en 1983 y 1985. Sin embargo, sus resultados no colmaron en absoluto las expectativas debido a que se permitió una randomización alternativa en algunos centros, basada en áreas geográficas y no aleatoria por pacientes individuales. También la diferente forma en que se siguieron los protocolos pudo influir en la diversidad de los resultados: en los países del este y algunos centroeuropeos era habitual la rehabilitación sanatorial, mientras que el resto se realizaba en forma ambulatoria. Por estos motivos, la muestra final debió reducirse a 2.056 pacientes con los inconvenientes de la diversidad de selección y de programas reseñados, debiendo además tabularse los resultados en subgrupos, de tal forma que no se encontraron diferencias significativas. De entre los centros participantes, sólo el de Turku en Finlandia mostró

diferencias favorables en mortalidad ($p = 0,054$), secundarias a una disminución significativa de la muerte súbita, lo que ha sido confirmado a 10 años de seguimiento.

Un estudio de O'Connor y cols publicado en 1989, encontró reducciones significativas en mortalidad total y cardiovascular, así como en reinfartos fatales a los 3 años de seguimiento y una reducción en la tasa de muerte súbita al final del primer año. En general, estas reducciones rondaron la tasa del 20 %.

Estudios publicados en la Revista Española de Cardiología en 1989, mencionan que en pacientes que han sufrido Infarto de Miocardio, aumenta de forma importante la capacidad máxima de esfuerzo y de VO₂, efecto que se consigue al 3er mes de rehabilitado.

El estudio SCRIP (The Stanford Coronary Risk Intervention Project.), coordinado por Haskell y cols, publicado en 1994, comprobó modificaciones favorables del patrón lipídico y de la capacidad física, además hubo una reducción en el número de eventos de hospitalización y revascularización.

Según una publicación de la Sociedad Argentina de Cardiología del año 1994, refiere a que "tanto la mortalidad como la morbilidad disminuyen significativamente en planes de rehabilitación"⁸, alcanzando un 40% la cifra de disminución de eventos.

En los últimos años, se han publicado suficientes estudios que demuestran una falta de progresión, o incluso regresión (12 %), de las lesiones coronarias

cuando se consigue un descenso en el colesterol plasmático, con cambios en el estilo de vida, dietas adecuadas, ejercicio físico habitual y tratamiento farmacológico o quirúrgico. La reducción de eventos coronarios se sitúa en un 50 %.

En un trabajo reciente de Headback y col (publicado en el Eur Heart J 1993), efectuado en Suecia, encuentra una menor incidencia en el número de muertes y de reinfartos no fatales, a los 10 años de seguimiento, con significación estadística ($p < 0,01$ y $p < 0,001$, respectivamente) en el grupo de rehabilitación en comparación al de control.

En un estudio realizado por Velasco, del Barrio, Mestre, Penas, y Ridocci en 1993, se mostró que "los pacientes que seguían un control rutinario tenían una calidad de vida inferior a la de aquellos que seguían un programa de rehabilitación cardíaca."⁹

Muchos son los estudios que demuestran la reducción de la mortalidad alcanzada con los programas de RC, pues no debería considerarse ético el privar de forma aleatoria a determinados pacientes de los beneficios de éstos programas con el fin de obtener nuevos estudios randomizados. Además, es importante destacar que los programas de RC deben incluir, y de hecho es la tendencia en la actualidad, todas las medidas de prevención secundaria, ya que tampoco sería ético el llevar a cabo un programa de ejercicio físico o entrenamiento privando al paciente del resto de medidas de prevención.

⁸ - Sociedad Argentina de Cardiología. Normativas y Bases para la práctica de la Rehabilitación Cardíaca y ergometría. Año 1994. Línea Cardiológica BAGO. Pág.: 43

⁹ Velasco Rami, José A.; Atienza Fernández, Felipe y Ridocci Soriano, Francisco. Op. Cit. Pág. 92

Como señalaba anteriormente, muchos son los adelantos acontecidos en el campo de la cardiología, los cuales nos permiten prolongar la supervivencia de los pacientes cardíacos. Dichos logros, también pueden extenderse al área de la Rehabilitación Cardíaca, la cual ha dejado totalmente demostrado los beneficios obtenidos en la Calidad de Vida de éstos.

En la actualidad se considera que los programas de RC deben incluir como objetivos finales los psicológicos, sociales y de calidad de vida, aunque sean difícilmente mensurables.

Para poder llevar a cabo esta labor es necesario que los equipos de RC cuenten con personal especializado. Es evidente que la situación actual se halla muy alejada de la deseada. Pocos centros, hospitales o servicios cuentan en la actualidad con estos profesionales con tiempo para dedicarse a estas funciones, o bien, con presupuesto disponible para la incorporación de profesionales en dicho área ó servicio.

2. DEFINICION - OBJETIVOS.

Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación cardiovascular es:

“el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas unas condiciones físicas y sociales óptimas que les permitan ocupar por sus propios medios un lugar lo más normal como sea posible en la sociedad”.¹⁰

Al igual que a todo paciente coronario, al paciente que ha sufrido un I.M se le realizan las exploraciones necesarias para conocer su riesgo futuro y poder actuar en consecuencia para prevenirlo, se debe estudiar la situación psicológica, social, familiar y laboral de los pacientes con el objetivo de mejorarlas. La intervención sobre dichas áreas debe comenzarse tan pronto como sea posible: durante la fase aguda del infarto o inmediatamente después de la resvascularización es necesario comenzar a informar y educar al paciente y a sus familiares sobre todos los aspectos referentes a su enfermedad, factores de riesgo, recuperación, readaptación laboral y reintegración familiar y social.

Dentro del marco social de la RC se ha considerado como prioritaria la vuelta al trabajo del paciente que ha sufrido un I.M.. Sin embargo, ésta se encuentra dificultada no sólo por los problemas derivados de la situación física y clínica del enfermo sino, que también hay un mayor grado de influencia de los factores de origen psicológico y social. En España la tasa de reincorporación laboral después de un I.M. es baja, considerándose que alcanza alrededor de un 37-39 %. Con un programa de RC se consigue incrementar la frecuencia de reincorporaciones laborales.

Los efectos conseguidos sobre la mejora de los factores de riesgo con un programa de RC son también muy importantes. En España, los pacientes que si-

¹⁰ Velasco Rami, José A. y Maroto Montero, José M. Op. Cit. Pág. 4

güen un programa de RC abandonan el consumo de tabaco en un porcentaje mayor de 80 %.

Si a estos datos recientes se unen los estudios previos existentes en la literatura, podemos concluir que los programas de RC que incluyen ejercicio físico favorecen el perfil de factores de riesgo que presentan los pacientes, pero es necesario resaltar que todos los programas deben ser multifactoriales, y no deben consistir sólo en sesiones de entrenamiento, sino que se debe prestar atención global al control de todos los factores de riesgo.

La aplicación sistemática de los programas de rehabilitación comprende:

- a) el desarrollo de una actividad física controlada y gradualmente progresiva;
- b) un plan de educación del paciente y de su familia, destinado a lograr la comprensión sobre el estado del paciente y su futuro;
- c) una actitud positiva por parte del personal que asiste al paciente, buscando transmitir a este, su propia confianza sobre las posibilidades de rehabilitarlo.

Los objetivos (15) fundamentales del tratamiento de un paciente que ha sufrido un infarto de miocardio incluyen:

- Limitar las consecuencias que sobre el corazón y sobre el organismo del paciente pueda tener la nueva situación;
- Disminuir en lo posible la repercusión psíquica desfavorable;
- Prevenir la progresión de la enfermedad de base, usualmente la arteriosclerosis coronaria;

- Lograr un adecuado control de los factores de riesgo.
- Adecuar las condiciones de vida del paciente, de modo que dentro de los márgenes permisibles logre un desempeño futuro lo más normal posible.

Estos objetivos se logran mediante la aplicación de medidas higiénico-dietéticas, apoyo psicológico, ejercicios físicos y tratamiento medicamentoso y quirúrgico.

Estas medidas deben ser aplicadas por un equipo multidisciplinario de profesionales, de manera que se pueda abarcar la patología en su totalidad, sin dejar al azar ninguna de las esferas que la componen.

3. CLASIFICACION.

Los pacientes cardíacos se clasifican de acuerdo con la cantidad de trabajo o los tipos de actividades que puedan efectuar sin riesgo (28).

A - CLASIFICACION FUNCIONAL

Cuadro 1-1: Clasificación funcional de los pacientes con enfermedades del corazón

| CLASES | CLASIFICACION FUNCIONAL | MET (equivalentes metabólicos) |
|---------------|--|---|
| CLASE 1 | Pacientes con enfermedad cardíaca, pero sin limitaciones resultantes de la actividad física. La actividad física ordinaria no le causa fatiga indebida, palpitación, disnea, o dolor anginoso. | 6.5 |

| | | |
|---------|--|-----|
| CLASE 2 | Pacientes con enfermedad cardíaca que provoca ligera limitación de la actividad física. Se encuentran cómodos en reposo. Por lo general la actividad física ocasiona fatiga, palpitación, disnea, o dolor anginoso. | 4.5 |
| CLASE 3 | Pacientes con enfermedad cardíaca que da como resultado marcada limitación de la actividad física. Se encuentran cómodos en reposo. La actividad física inferior a la ordinaria causa fatiga, palpitación, disnea, o dolor de tipo anginoso. | 3.0 |
| CLASE 4 | Pacientes con enfermedad cardíaca que da como resultado incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin comodidad. Síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso, que pueden estar presentes incluso en reposo. La molestia aumenta si se emprende cualquier actividad física. | 1.5 |

B - CLASIFICACIÓN TERAPEUTICA

Cuadro 1-2: Clasificación terapéutica de pacientes con enfermedades del corazón.

| CLASES | CLASIFICACION TERAPEUTICA |
|---------|--|
| CLASE A | Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física no necesita ser restringida en ninguna forma. |
| CLASE B | Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física no necesita ser restringida, pero a quienes se le debe advertir hacer esfuerzos graves o competitivos. |

| | |
|---------|---|
| CLASE C | Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física ordinaria tiene que ser moderadamente restringida, y que tiene que evitar los esfuerzos más agotadores. |
| CLASE D | Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física ordinaria tiene que ser marcadamente restringida. |
| CLASE E | Pacientes con enfermedad cardíaca que deben estar en completo reposo, confinados a una cama o silla. |

4. INDICACIONES – CONTRAINDICACIONES (25).

La Rehabilitación cardíaca debe comenzar precozmente luego del diagnóstico de una enfermedad cardíaca o posterior a un evento agudo. La elección de ese momento es un criterio médico que depende del estado clínico del paciente y presencia o no de complicaciones.

Son candidatos a comenzar con un programa de Rehabilitación los pacientes:

- ⇒ Post-Infarto agudo de miocardio
- ⇒ Post-cirugía cardíaca
- ⇒ Post-angioplastia
- ⇒ Angina crónica estable
- ⇒ Isquemia silenciosa
- ⇒ Insuficiencia cardíaca
- ⇒ Claudicación intermitente de miembros inferiores
- ⇒ Previo trasplante cardíaco
- ⇒ Post-trasplante cardíaco

- ⇒ Hipertensión arterial controlada
- ⇒ Hipersimpaticotonía
- ⇒ Control de Obesidad
- ⇒ Control de dislipidemias
- ⇒ Diabetes Mellitus
- ⇒ Longevos
- ⇒ Osteoporosis
- ⇒ Insuficiencia renal crónica
- ⇒ Marcapasos.

Constituyen contraindicaciones para comenzar con un programa de rehabilitación:

- ⇒ Infarto agudo en evolución
- ⇒ Angor inestable
- ⇒ Angina refractaria al tratamiento
- ⇒ Miocarditis aguda y subaguda
- ⇒ Endocarditis infecciosa
- ⇒ Pericarditis aguda
- ⇒ Tromboembolismo pulmonar
- ⇒ Trombosis venosa profunda
- ⇒ Tromflebitis
- ⇒ Hipertensión arterial grave
- ⇒ Estenosis aórtica moderada y grave
- ⇒ Estenosis mitral moderada y grave

- ⇒ Arritmias graves refractarias al tratamiento
- ⇒ Evidencias de lesión de tronco de coronaria izquierda
- ⇒ Aneurisma ventricular extenso
- ⇒ Sospecha de disección de aorta
- ⇒ Miocardiopatía con trombos murales
- ⇒ Bloqueo A-V mayor de primer grado (modificable con el ejercicio)
- ⇒ Comportamiento paradójal intraesfuerzo de la presión.
- ⇒ Wolff Parkinson White que aparece al ejercicio

5. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN

A. FASES DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PRC).

La separación de la Rehabilitación Cardíaca en diferentes fases se realizó hace muchos años sobre la base de la progresión evolutiva del Infarto de Miocardio, pero en realidad el proceso de rehabilitación es uno sólo, continuo, y debe ser implementado luego de cualquier evento ya sea infarto agudo, angioplastia, o de cualquier etapa de descompensación de una cardiopatía.

Los programas de Rehabilitación Cardíaca varían según el tipo de cardiopatía, el estado funcional y las características físicas del paciente. En muchas ocasiones también dependen de los recursos materiales y del personal del centro en que se facilita éste tipo de actividad.

De acuerdo con un informe de la Sociedad Argentina de Cardiología¹¹ el proceso de rehabilitación está compuesto por 4 fases, éstas son:

FASE I - INTRAHOSPITALARIA.

Se realiza con el paciente internado. Esta fase representa el comienzo del proceso de rehabilitación, debe iniciarse lo más temprano posible como lo permita la evolución del paciente.

Las metas de esta etapa pueden resumirse como:

1 - Educacional. Es una de las funciones más importantes del equipo de rehabilitación. El paciente debe reconocer la importancia de modificar los factores de riesgo y su comportamiento. Se deben responder al paciente las preguntas específicas relacionadas con su actividad futura (recreativa, laboral y sexual), y preparar al paciente y a su familia para una correcta transición entre el hospital y el hogar.

2 - Psicológico. En éste aspecto el objetivo es reducir la ansiedad y la depresión. Todo el equipo de rehabilitación debe trabajar en forma conjunta para poder lograr este objetivo. Probablemente el adecuado y correcto manejo del miedo puede ayudar al paciente a modificar conductas previas arraigadas como por ejemplo el tabaquismo y el régimen alimentario.

3 - Fisiológico. Tiende a prevenir el desacondicionamiento a través de la movilización precoz con un plan de actividades de baja intensidad. Por medio de esta fase se combaten los efectos indeseables que provoca el reposo prolongado

¹¹ -Soc. Arg. De Cardiología; Op. Cit. Pág. 14

(disminución del volumen sanguíneo, hipotensión ortostática, taquicardia, trombo-
bosis venosa, tromboembolismo pulmonar, disminución de los volúmenes, atele-
ctasias, etc.).

Los pacientes deben ser estudiados con una prueba ergométrica graduada
para evaluar su respuesta cardiovascular al esfuerzo antes del alta hospitalaria.
Esta prueba nos permite estratificar el riesgo y prescribir el nivel de actividades de
la fase II.

FASE II.

Esta etapa debe constituir la transición o puente hacia la fase III. Comienza
con el alta hospitalaria y dura aproximadamente seis semanas. Durante esta fase el
paciente se reintegra paulatinamente a su ámbito familiar, social y laboral.

Es conveniente en ésta fase controlar clínicamente al paciente. Sin dejar de
cumplir con los objetivos de modificar los factores de riesgo, el énfasis de ésta
etapa es mantener una capacidad funcional adecuada para su retorno al medio
social y laboral.

La actividad física inicial es la marcha que debe comenzar en forma pro-
gresiva. El equipo de rehabilitación debe instruir al paciente en la modalidad y
forma en que debe iniciar la actividad física para evitar complicaciones (arritmias
y lesiones osteomusculares).

La fase finaliza con una prueba ergométrica máxima (PEG) realizada con
la medicación habitual del paciente, que sirve para obtener una nueva evaluación
física y pronóstica. Si ella es satisfactoria se inicia la fase III.

FASE III.

Es la fase rehabilitación propiamente dicha. La PEG máxima realizada al final de la etapa II determina los parámetros adecuados para el comienzo de esta nueva etapa que se prolonga hasta que el paciente está en condiciones de pasar a la fase IV.

El objetivo de este momento de la Rehabilitación es desarrollar un acondicionamiento o entrenamiento físico igual o superior al que poseía el paciente antes del evento cardíaco, y, además, controlar o eliminar los factores de riesgo cardiovascular.

El efecto favorable del entrenamiento comienza a objetivarse luego del tercer mes. Un correcto control de la evolución en ésta fase puede alertar al médico sobre la posibilidad de nuevos eventos, ya que el mayor predictor de los mismos es el empeoramiento de la capacidad funcional.

Si el paciente evoluciona en forma favorable durante por lo menos un año y tiene una capacidad funcional superior a siete Mets, está en condiciones de pasar a la etapa siguiente.

FASE IV.

Esta fase se la denomina de mantenimiento. Consiste en un programa de sostén a largo plazo que se puede realizar en centros con baja exigencia de supervisión médica.

La meta es mantener el entrenamiento alcanzado en la etapa previa.

Se debe incentivar al paciente a continuar con los cambios favorables en un estilo de vida e informar a pacientes y familiares sobre nuevos avances científicos en prevención secundaria.

En el libro de Kaplan y Feldstein¹², los autores consideran que a partir de la aparición del I.A.M., pueden establecerse tres fases en la rehabilitación. Ellas son:

FASE 1. - REHABILITACION TEMPRANA.

Esta fase se lleva a cabo mientras el paciente permanece en cama, y tiene objetivos determinados, tanto desde el punto de vista físico como psicosocial.

Desde el punto de vista físico tenderán a impedir las complicaciones derivadas de la inmovilidad y estasis circulatoria; en el terreno psicosocial combatirán los factores negativos de ansiedad y depresión, así como preparan al paciente para la segunda fase de la rehabilitación, la que deberá iniciarse lo más tempranamente posible.

FASE 2. - REHABILITACION PROPIAMENTE DICHA.

Los objetivos primordiales en ésta fase son: a) proporcionar al paciente una sensación de confianza, optimismo y bienestar físico, reintegrándolo a una forma de vida productiva, de acuerdo a sus reales posibilidades; b) disminuir la incidencia de complicaciones; c) reducir los índices de mortalidad a mediano y

¹² - Kaplan, Norman M.; Feldstein, Carlos A.; Terapéutica Cardiovascular. Edit. Médica Panamericana - 1987. -

largo plazo; d) educar al paciente para el desarrollo de su actividad diaria de acuerdo a determinados lineamientos que lo pongan a cubierto de accidentes cardiovasculares.

FASE 3. - ETAPA DE MANTENIMIENTO

Cuando en los estudios ergométricos sucesivos de evaluación funcional no se encuentran ulterior mejoría, ello indica que el paciente ha logrado el máximo beneficio posible: entramos en la fase de mantenimiento. Esta fase intenta conservar (o de eventualmente incrementar) la capacidad alcanzada en la fase 2. La duración de esta fase es casi indefinida, salvo variaciones derivadas de la evolución de la enfermedad o de estados intercurrentes.

Puede realizarse sin estricta supervisión médica, pero siempre atendiendo a planes programados en cuanto a intensidad, duración y tipo de actividad permisible. En rehabilitación cardíaca no existe el “alta” propiamente dicha; En efecto, la suspensión de los programas de ejercicio puede hacer perder los beneficios alcanzados con el riesgo de retorno a las condiciones primitivas.

En un artículo presentado en la Revista Española de Cardiología los autores hacen una reseña acerca de los protocolos utilizados durante las fases de la Rehabilitación Cardíaca. En los mismos se utilizan pautas diferentes de rehabilitación y de prevención secundaria con el fin de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes (ver Anexo B).

B. COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION

Un programa de Rehabilitación Cardíaca está formado por una serie de componentes, los cuales están orientados a modificar aquellos problemas que presentan las personas que han sufrido un Infarto de Miocardio. A continuación los detallaré:

• ACTIVIDAD FISICA - EJERCICIO.

Nos vamos a referir no sólo al ejercicio orientado a obtener un efecto de adiestramiento, sino también a toda actividad física relacionada con el desempeño de un trabajo u ocupación. El objetivo consiste en reintegrar a la persona a su estilo de vida original. Si el individuo es incapaz de lograr esto, o si le es aconsejable disminuir el nivel de energía requerido para las actividades diarias, se enseñan técnicas de simplificación de trabajo y conservación de energía.

La práctica de ejercicio físico tiene objetivos bien definidos como: mejorar la capacidad funcional en distintas cardiopatías, y colaborar en el tratamiento de los factores de riesgo.

El entrenamiento físico incide de forma positiva sobre la calidad de vida, y puede mejorar el pronóstico por sus efectos benéficos, indirectos sobre otros factores de riesgo o, directos, al aumentar el umbral de isquemia y de arritmias o la circulación colateral y la función ventricular.

El entrenamiento físico tiene (19):

Efectos indirectos

- A nivel lipídico: - aumento del HDL-colesterol
 - descenso del colesterol total, LDL-colesterol y triglicérido
- Tabaquismo: menor incidencia
- Tensión arterial sistémica:- disminución en reposo y a niveles de esfuerzo submáximo
- Patrón de conducta tipo A: niveles más bajos
- Diabetes mellitus: mejor control

Efectos directos:

- Mejoría de la función ventricular
- Mayor desarrollo de la circulación colateral
- Aumento del umbral de fibrilación ventricular
- Mejor respuesta neurovegetativa al esfuerzo
- Nivel psicológico: - desciende el estrés, la ansiedad y la depresión
- Nivel hemático: - aumenta la actividad fibrinolítica
 - disminuyen la agregabilidad plaquetaria, catecolaminas y actividad del sistema renina-angiotensina.

El ejercicio, su indicación y prescripción, deben interpretarse como un medicamento más. Tiene sus indicaciones, sus contraindicaciones, se debe prescribir a distintas dosis y, además, evaluar a través de medios idóneos (por ej. : ergometría) sus resultados. A través de ello modificar su dosificación, determinar la suspensión transitoria o definitiva, etc., tal cual un verdadero fármaco.

En los comienzos de la rehabilitación cardíaca estaban contraindicados todos aquellos ejercicios con componente isométrico. Luego de décadas de observación e investigación, se puede afirmar que éste tipo de ejercicio, dosificado adecuadamente, es de utilidad en la mayoría de los pacientes, debido a que la mayoría de las actividades de la vida diaria están compuestas por éste tipo de contracción muscular.

"Los movimientos que componen una sesión de actividad física, deben ser utilitarios al máximo y no tienen valor si no pueden ser transferidos a la vida diaria, aumentando las destrezas del paciente para cumplir las diferentes tareas de la vida cotidiana. Todos aquellos ejercicios orientados a, aumentar la fuerza muscular, la movilidad de las articulaciones, o a afinar las coordinaciones no valen por sí mismos, sino por su utilidad para hacer cosas."¹³

La prescripción del ejercicio físico se realiza tomando en consideración el resultado ergométrico y la aptitud constitucional individual, tal que además de ser inocuo, alcance un nivel que mejore las condiciones cardiovasculares previas.

¹³ Mogilevsky, Adolfo y Mogilevsky, Rosa D. de. 25.000 horas de Rehabilitación Cardíaca. Ediciones Gema S.R.L. Argentina 1982.

La capacidad física del sujeto depende del máximo consumo de oxígeno (VO_2 máx) que puede alcanzar, y éste a su vez, es función del rendimiento cardíaco y de la diferencia arteriovenosa, además, depende de la edad, el sexo, la constitución física, las circunstancias ambientales y el estado de salud. El VO_2 máx., se relaciona con el nivel máximo de MET de la persona.

Un MET (equivalente metabólico) es igual a la tasa metabólica basal y equivale a 3.5 ml de oxígeno por kilogramo de peso corporal por minuto.

El costo de energía de las actividades o del ejercicio puede ser calculado por múltiplos de MET. Los equivalentes metabólicos constituyen una medida conveniente y confiable del costo de energía ya que para su cálculo se consideran los requerimientos de oxígeno de las actividades. Aunque el nivel de MET de una actividad es equivalente para diferentes personas, el requerimiento de oxígeno no lo es. Por ejemplo: una actividad de 4.0 MET efectuada por una persona de 50 kg requiere $4.0 \times 3.5 \text{ ml de O}_2 \times 50 \text{ kg/minuto}$, o sea, 700 ml de O_2/minuto , mientras que una persona de 70 kg utilizará 980 ml O_2/minuto . Puede apreciarse claramente que una persona reduce la demanda de oxígeno reduciendo su peso. Más aún el suministro de oxígeno debe aumentar si se incrementa el gasto cardíaco.

Las personas que presentan una cardiopatía isquémica, a menudo encuentran que su capacidad física está limitada, lo que les fuerza a reducir sus actividades y les causa angustia. Un infarto de miocardio puede o no causar limitación física, pero los pacientes, en uno u otro caso, a menudo disminuyen sus actividades más de lo necesario, a causa de temor, falta de confianza o un mal consejo. Afortunadamente, en los últimos años ha habido grandes avances en el asesora-

miento del paciente con enfermedad cardíaca. El resultado de estos avances ha sido la capacidad de orientar a los pacientes con enfermedad coronaria a retornar en menor tiempo y con seguridad a su trabajo, y lograr actividades recreativas y un mejor estilo de vida, así como incrementar una sensación de bienestar y confianza.

Un plan de entrenamiento físico debe elaborarse de tal manera que produzca máximo beneficio con un riesgo mínimo. Tal plan se puede formular a partir de una prescripción de ejercicio que tome en cuenta: 1) la intensidad, esto es la cantidad de trabajo que el individuo debe llevar a cabo durante el entrenamiento, 2) la duración, o sea, el tiempo que dura la sesión de entrenamiento, y 3) la frecuencia, esto es el número de sesiones de entrenamiento por semana.

Los componentes básicos de un programa completo de ejercicios físicos incluyen un período de calentamiento, una fase aerobia de ejercicio, eventualmente el juego en grupo, ejercicio para aumentar la fuerza y resistencia muscular, y un período de enfriamiento.

La prueba de esfuerzo (PEG), desempeña un papel fundamental en establecer la prescripción del ejercicio en un individuo en especial; es un instrumento útil a fin de definir criterios para llevar a cabo actividades físicas en estos individuos. Esta, es de gran utilidad en la evaluación para programas de Rehabilitación Cardíaca. Aparte de ofrecer la información necesaria para formular un programa de entrenamiento, la prueba de esfuerzo es útil para evaluar la capacidad funcional para llevar a cabo muchas actividades de la vida diaria, incluyendo cuidados personales, tareas en el hogar, actividades en el trabajo y actividades de tipo recreati-

vo. El concepto de MET es útil para prescribir actividades que se consideren inocuas para un individuo con base en su desempeño en una prueba de esfuerzo y en los gastos metabólicos calculados para una actividad en especial.

El *entrenamiento físico*, en la fase I o intrahospitalaria, comprende la movilización precoz y diversos activos de las diferentes articulaciones. Con la primera se evitan los efectos nocivos del decúbito, disminuyendo la necesidad de anticoagulación profiláctica y la posibilidad de complicaciones de la misma. Se además esto se complementa con el aprendizaje de la respiración diafragmática mejorará la cinética respiratoria, de suma importancia en los cardiopatas isquémicos por el alto porcentaje que existe de patología neumológica, secundaria al hábito tabáquico. Estas medidas de carácter físico originan grandes beneficios en la esfera psicológica y reducen el miedo, la ansiedad y la depresión, tan habituales en éstos enfermos (17).

El entrenamiento en la fase II, produce cambios positivos en la *calidad de vida*, tanto si se trata de pacientes asintomático, en insuficiencia cardíaca o con angina de esfuerzo.

"La práctica habitual del ejercicio, siempre y cuando se efectúe con una frecuencia no inferior a tres días a la semana y durante períodos de tiempo de al menos 40 minutos, proporcional una mejoría en la capacidad funcional, demostrada por el aumento en el consumo máximo de oxígeno. Este beneficio es evidente y se obtiene en cualquier sujeto entrenado, independientemente de la edad y del sexo."¹⁴

¹⁴ Maroto Montero, J. M. Op. Cit. Pág. 50

• **ASPECTOS PSICOSOCIALES.**

La orientación del paciente y de su familia son aspectos importantes de la rehabilitación cardíaca. Los objetivos consisten en el alivio de la tensión, mejoría de la autoestima, y disminución de la depresión, así como la educación del paciente y de su familia con respecto al estado del corazón, los factores de riesgo, y las restricciones de la actividad física.

Cuando el paciente siente la recuperación de sus condiciones físicas, también recupera la confianza en sí mismo, y saber que tiene lesiones estructurales no lo afecta tanto.

Uno de los objetivos de las distintas etapas de la rehabilitación, es proporcionar al paciente una sensación de confianza, optimismo y bienestar físico, reintegrándolo a una forma de vida productiva, de acuerdo a sus reales posibilidades.

La actuación psicológica tendrá que atender también a los familiares que normalmente tienden a tener una actitud hiperprotectora, muchas veces potenciada por consejos médicos, que por el bien del paciente tienden a facilitar o prolongar las bajas laborales.

La clase social, el nivel intelectual y situación económica de la familia son factores determinantes: una situación económica desahogada permite una larga baja laboral, y una situación económica precaria predispone a lograr una baja permanente.

La base de la depresión es el temor a la invalidez y la pérdida de la autonomía o la independencia; por lo tanto la mejor forma de incrementar la autoestima y aliviar la depresión es a través de la actividad.

El programa educacional, debe informar al paciente y a su familia acerca de la fisiología cardiovascular en términos comprensibles. El paciente debe tener conocimiento acerca de la selección de actividades seguras con base en los cuadros de MET, los cuales se les deben proporcionar por escrito.

- **ORIENTACION OCUPACIONAL.**

El retorno al trabajo es psicológicamente útil para disminuir la depresión y la ansiedad relacionadas con el estado físico, el papel de la familia, y los aspectos económicos. El retorno a ciertos trabajos, incluso, puede requerir menos gasto de energía que muchas actividades de autoatención.

El lugar que ocupa la T.O. en éste área de la rehabilitación cardíaca es fundamental, ya que el objetivo de ésta es reducir la carga fisiológica y psicológica que imponen al paciente cada una de las actividades que éste desea realizar cuando se reintegre a su vida sociolaboral previa: de las distintas maneras en que puede desempeñarse una determinada tarea, la T.O. se encarga de capacitar al paciente para realizarla de la forma más ergonómica posible.

Partiendo de la base que los programas de T.O. deben estar orientados a la *ocupación* habitual del sujeto, consideré necesario dedicarle un capítulo ("*Fundamentos de Terapia Ocupacional*") para desarrollar el presente punto.

C. COSTO-BENEFICIO DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

(7).

El desarrollo de los Programas de Rehabilitación Cardíaca en pacientes coronarios no obliga a un importante desembolso económico y su comparación con los beneficios a nivel social y de ahorro en la comunidad justifica este desarrollo.

En el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, en el año 1982, se calcularon los gastos a distintos niveles: profesionales en dedicación parcial o total, aparataje (monitores de telemetría, bicicletas, cinta sin fin, poleas, pesas, carro de parada con desfibrilador, etc.), mantenimiento, luz, limpieza, agua, etc. los resultados mostraron que se gastaban entre 25.000 y 30.000 pesetas por paciente por año, equivalente a dos días de estancia en una sala general de un gran hospital.

La rehabilitación es también financieramente benéfica tanto para el individuo como para la sociedad. Según los datos obtenidos en un estudio realizado por Grant y Cohen, se llegó a la siguiente conclusión: un programa de rehabilitación cardíaca reduce significativamente ($p < 0.001$) la duración de la hospitalización y mejora el nivel de capacidad funcional al ser dado de alta los pacientes.

El pronóstico inmediato del infarto agudo de miocardio ha mejorado en los últimos 20 años con la introducción de betabloqueantes, trombolíticos y aspirina. Además, junto con éstas medidas, se recomienda se promuevan actuaciones efectivas de prevención secundaria, así como fomentar la rehabilitación.

Los programas de rehabilitación cardíaca, cuyo objetivo es el facilitar la mejor readaptación a la vida normal a través de alcanzar la máxima capacidad funcional y reducir los factores de riesgo coronario, vienen proponiéndose desde hace varios años (OMS, 1968). Sin embargo, su desarrollo es aún, en muchos lugares, muy escaso. Diversos estudios han constatado, entre otros beneficios, la reducción de la morbimortalidad del postinfartado. Otros beneficios pueden ser enmascarados por un error estadístico. Diversas causas pueden invocarse para explicar el porqué los programas de rehabilitación cardíaca no forman parte de la atención al paciente cardiológico: 1) la diversidad de actuaciones que comporta el término de rehabilitación cardíaca, 2) el que los beneficios esperados fueren considerados como objetivos <<*blandos*>> (mejorar la calidad de vida) y por ello considerados no prioritarios, y 3) suponer que su costo económico es elevado.

Los profesionales de la salud debemos ser críticos en la evaluación de los costos-efectividad y el costo-beneficio. Por lo general, se trata más bien de definir qué beneficio se desea lograr, determinando cuáles serían los mínimos costos necesarios para lograr tal beneficio. En los análisis de costo-eficacia se valora la relación existente entre los costos y la eficacia, es decir, que cantidad de recursos, medidos en términos monetarios, son utilizados en un proceso asistencial. Raramente los costos-eficacia se expresan en términos monetarios. A menudo se expresan desde el punto de vista de medidas de salud, tales como *años de vida* o *calidad de vida*.

Los parámetros medidos en rehabilitación cardíaca, incluyen la reincorporación al trabajo, reducción de los gastos de medicación, hospitalización o de los costos de un programa de hospitalario o domiciliario.

Oldridge y cols ¹⁵ incluyeron la evaluación económica en el diseño de un estudio sobre la eficacia de un programa global de rehabilitación cardíaca de 8 semanas de duración postinfarto. Al finalizar el estudio los pacientes habían ganado 19 días de vida de calidad ajustada por paciente, respecto al grupo control. Los autores establecen que los recursos aplicados a un programa de rehabilitación son más eficientes que muchos de los tratamientos aplicados en coronariopatías. Ades, Huang, Weaver, (en un artículo presentado en el Am Heart J 1992; 123: 916-921), hallan durante un período de tres años después de un IAM, entre los pacientes que habían participado en un programa de rehabilitación, un menor costo de rehospitalización por cardiopatía isquémica, respecto de los pacientes que no habían participado. En una población alemana, la relación costo-beneficio fue más favorable en el grupo control de pacientes que siguieron un programa de rehabilitación, que los gastos originados por el abono de pensiones por incapacidad laboral. Picard et al (en un artículo presentado en el Am J Cardiol 1989; 63; 1.308-1.314) demostraron sobre 201 pacientes con IAM, distribuidos aleatoriamente en un grupo de intervención consistente en un programa de evaluación del trabajo ocupacional y otro que recibió atención habitual, que el tiempo de reincorporación al trabajo se redujo de 75 días en el grupo control a 51 días en el de intervención ($p < 0,002$). Los costos médicos por paciente eran menores en el grupo de intervención que

¹⁵ Coll, Ramón. Coste-beneficio de los programas de rehabilitación cardíaca. Revista Española de Cardiología 1995; Vol. 48, suplemento 1. Págs 96 -97.

entre los pacientes sometidos a una atención habitual (2.970 dólares vs 3.472 dólares). En cambio, los ingresos personales fueron mayores en el grupo de intervención que en el de control (9.655 dólares vs 7.553 dólares). El ahorro generado por este proyecto se calculó en un beneficio anual > 800 millones de dólares. Un programa sueco de rehabilitación demostró que no se incrementaban los costos sanitarios de la atención en el post-IAM, ya que el costo originado por la participación en el mismo era compensado por un menor número de reingresos por patología cardiovascular. Además, los pacientes rehabilitados volvían antes al trabajo respecto al grupo control, resultando un descenso en los costos por improductividad y los derivados de las pensiones.

Por lo que se concluye, que los programas de rehabilitación cardíaca tienen un costo-efectividad bueno y deben ser asequibles a todos los pacientes que pueden beneficiarse. Según Oldridge, son necesarios más estudios con diseño longitudinal, aunque la disponibilidad de programas de rehabilitación cardíaca parece estar justificada en términos de costo-beneficio.

CAPITULO IV

FUNDAMENTOS

DE

TERAPIA

OCUPACIONAL

FUNDAMENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Como se señalaba en el capítulo anterior, antiguamente los Programas de Rehabilitación Cardíaca estaban enfocados al trabajo exclusivo con el ejercicio físico estandarizado, pero al igual que en los demás campos de la cardiología, la Rehabilitación Cardíaca ha experimentado innovaciones, que permiten el planteamiento de nuevas formas de tratamiento que complementan el ejercicio físico estandarizado (que se ha utilizando hasta hace poco tiempo), y es aquí donde encuentra su lugar la Terapia Ocupacional (T.O.) en el contexto de la Rehabilitación Cardíaca, escasamente citado en la literatura hasta la actualidad (27).

La Terapia Ocupacional nació con la creencia acerca de que la ocupación tiene una habilidad única para mejorar y mantener la organización de los sistemas humanos afectados por la enfermedad y el trauma. Reilly ha recordado a los T. O. que "ésta disciplina fue fundada y debe apoyar los principios postulados por las filosofías humanistas, lo que implica que su propósito inherente fue el de proteger y mejorar la calidad de la adaptación del paciente disfuncional."¹⁶

La T. O. apoya la visión integral de la persona como participante en las actividades, realizándose ellos mismos a través de sus ocupaciones. Esta orientación hacia la interacción dinámica del individuo y del medio sobrepasa a la relativa visión enfocada sobre la enfermedad o los síntomas de la persona enferma. Exige conocimientos más allá del alcance tradicional de la medicina, apoyando de

¹⁶ De las Heras, Carmen Gloria. Rehabilitación y Vida. Modelo de Ocupación Humana. Parte I. Santiago-Chile. Pág. 21.

ésta forma a los terapeutas en la complejidad de factores que son parte de la vida ocupacional de un individuo.

Los programas de T. O. deben estar orientados a la “*ocupación*” habitual del sujeto, teniendo en cuenta que cada persona tiene características diferentes. Deben ser personalizados, los cuales surgen de la interacción y valoración de tres elementos esenciales: la situación clínica del enfermo, sus características psicofísicas y su ambiente sociolaboral (27). Estos tres elementos componen 3 grandes áreas de estudio: capacidad funcional, síntomas y características psicosociales. Cada una de estas áreas abarca un gran número de componentes que deben tenerse en consideración cuando estudiamos la Calidad de Vida de pacientes con I.M.

El “Modelo de la Ocupación Humana” desarrollado por Gary Kielhofner, organiza conceptos de *ocupación* en un marco de referencia basado en la Teoría General de Sistemas, donde se describe al hombre como un Sistema Abierto que interactúa con el ambiente a través del proceso de *Intake, Output, Throughput* y *Feedback*, donde el ambiente es la situación física, social y cultural en la cual el sistema opera. Un Sistema abierto, a diferencia de los sistemas mecánicos, no puede ser reducido al estudio aislado de sus partes. La integración e interrelación de las partes, la dinámica de interacción del sistema con su ambiente y la integridad del sistema en medio de constantes cambios, deben incluirse en el estudio del mismo.

El Modelo, organiza los aspectos de motivación, comportamiento, cognición y aquellos que son relevantes para el entendimiento de la ocupación humana. Reconoce todos los componentes de la ocupación incluyendo los físicos o bioló-

gicos, pero se centra principalmente en los aspectos psicosociales y culturales de la misma. Se basa en la creencia de que la ocupación es un aspecto central de la experiencia humana, y nace de una tendencia innata y espontánea del sistema humano para explorar y dominar el ambiente.

La *Ocupación* "es todo comportamiento que es motivado por un impulso intrínseco y consciente de ser efectivo en el ambiente, con el objeto de cumplir con una serie de roles individuales que son formados por una tradición cultural, y aprendidos a través del proceso de socialización."¹⁷

El interés de la T. O. es la naturaleza y el comportamiento ocupacional de los seres humanos, por ser una profesión que intenta influenciar en el bienestar ocupacional debe tener un acercamiento para conceptualizar la función y la disfunción. Se dice que las personas son funcionales ocupacionalmente cuando:

- a) Actúan de tal forma que satisfacen las expectativas de la sociedad y las necesidades de participación productiva y placentera,
- b) Actúan de forma tal que permiten la exploración y el dominio, la mantención y mejoría de la causalidad personal, valores, intereses, roles, hábitos, destrezas y sus contribuyentes.

Por el contrario, se dice que es disfuncional ocupacionalmente cuando:

- a) Las demandas y expectativas sociales para la participación productiva y placentera no son satisfechas

¹⁷ De las Heras, Carmen Gloria. Op. Cit. Pág. 21.

b) Cuando el comportamiento no satisface la tendencia para explorar y dominar, o cuando aumenta la alteración de los componentes del sistema.

Estos criterios, no se refieren a estados estáticos, sino a procesos. Se refieren al comportamiento ocupacional y a la forma que éste afecta al sistema abierto.

Para explicar la manera en que se motiva, organiza y ejecuta la conducta ocupacional Gary Kielhofner conceptualiza el sistema humano como compuesto por una jerarquía de tres subsistemas. De acuerdo a las leyes de los sistemas, los niveles más altos gobiernan los niveles inferiores. Ellos son: volitivo, de habituación, y de ejecución. Estos representan un continuo en el ser humano desde el desempeño automático de la rutina cotidiana hasta las elecciones conscientes para la ocupación.

El subsistema volitivo "es un set interrelacionado de componentes energéticos y simbólicos que en conjunto determinan la elección consciente para el comportamiento ocupacional. Es el responsable de elegir e iniciar la conducta ocupacional. El componente energizante es un impulso generalizado hacia la exploración y el dominio del ambiente. Los componentes simbólicos son imágenes (creencias, recuerdos, convicciones, expectativas) que incluyen la causalidad personal, los valores y los intereses."¹⁸

Los seres humanos poseemos un impulso a estar alertas, a buscar estimulación sensorial, a actuar y ser efectivos. Esto lleva a crear, fabricar, celebrar, compartir y cooperar, y a involucrarse en todos los rangos de actos, que constituyen el Comportamiento Ocupacional, el cual está intrínsecamente motivado. Las elec-

ciones de un individuo para su interacción con el ambiente se deben a que la volición se encuentra formada por imágenes o símbolos que incluyen el conocimiento y las creencias que las personas tienen de sí mismo como actor en el mundo, y son generadas y modificadas a través de la experiencia, a medida que la persona interactúa con el ambiente.

El subsistema de habituación está formado por un conjunto de imágenes que son las encargadas de organizar y guiar la conducta ocupacional en patrones y rutinas. Este subsistema consolida las elecciones habituales del subsistema volición y las integra dentro de patrones predecibles. Para describirlo, se utilizan dos conceptos: roles y hábitos. La formación de hábitos y roles depende de elecciones conscientes hechas sobre la base de valores, intereses y causalidad personal. A su vez organiza patrones de comportamiento para satisfacer demandas del ambiente. "Es definido como el conjunto de imágenes que guían el desempeño de patrones de comportamiento rutinario"¹⁹

Y por último se encuentra el **subsistema de ejecución**, que "es un conjunto de imágenes y estructuras biológicas y procesos, los que están organizados en habilidades y son utilizados en la producción de un comportamiento con propósito."²⁰ Su estructura consiste en las capacidades básicas para la acción, llamadas habilidades. Estas, pueden ser perceptivas motoras, de procesamiento o elaboración y de comunicación/interacción. Este subsistema restringe y sostiene los dos subsistemas superiores. Los hábitos y los roles sólo se pueden construir sobre las

¹⁸ De las Heras, Carmen Gloria. Op. Cit. Pág. 24.

¹⁹ De las Heras, Carmen Gloria. Op. Cit. Pág. 26.

²⁰ De las Heras, Carmen Gloria. Op. Cit. Pág. 27.

destrezas preexistentes disponibles para ser organizadas en patrones o rutinas de conducta. El subsistema volitivo sólo puede iniciar aquellas conductas que el subsistema de ejecución puede producir.

Este Modelo conceptualiza al **ambiente** como los objetos externos, las personas y los eventos que influyen la acción del sistema. La información de estos tres aspectos del ambiente entra al sistema como estímulo. Esta información es organizada en los tres subsistemas y hace posible el comportamiento que puede satisfacer las demandas ambientales. El ambiente ejerce dos tipos de influencia en las personas: *estimula*, a través de proveer potenciales de comportamiento, libertades de acción, oportunidades; *tensiona*, a través de las demandas y expectativas de comportamiento ocupacional.

Los conceptos clásicos de salud entendían por ésta como, la ausencia de enfermedad e incapacidad. A una persona se la consideraba sana cuando no presentaba una condición patológica aguda o crónica. Las conceptualizaciones actuales de salud reconocen la importancia del ser capaz de actualizar valores y de hacer lo que uno desea hacer, de involucrarse en una actividad de acuerdo a las habilidades y limitaciones, de participar en el trabajo, juego y en otros aspectos de la vida, y satisfacer los desafíos del ambiente.

"En respuesta a éstas necesidades globales de la salud, es función de los Terapeutas Ocupacionales contribuir a la adaptación en la vida diaria en tres áreas: la función física, la imagen psicológica y el bienestar social. La función física es mejorada por la reactivación de estrategias de la vida diaria usando las destrezas limitadas, y la imagen psicológica es reconstruida y apoyada para la

formación de un nuevo auto-concepto. La más descuidada es la valoración como hombre social, las actividades contenidas dentro del rol ocupacional."²¹

La presencia de cualquier afección crónica, entendiéndose por ésta a la presencia de cualquier desventaja física, mental o social, que altera o disminuye la capacidad del individuo para participar y adaptarse a su medio, desorganiza a la persona en su vida familiar, social, laboral, así como sus planes futuros, alteran la imagen de su cuerpo, disminuyen su autoestima, su seguridad y su independencia (8, 28).

Una persona que ha sufrido un I.M. no sólo encuentra limitaciones en sus destrezas físicas y mentales, sino también en las destrezas sociales y habilidades del paciente para funcionar en la sociedad. Las capacidades físicas se reducen y el estilo de vida pasado se fragmenta, muchos son destituidos del mercado laboral, y de ésta manera se le reducen las oportunidades de una participación significativa dentro de la sociedad.

El sistema médico continúa interesándose por satisfacer las necesidades de aquellas personas que se encuentran en la fase aguda del proceso de la enfermedad, en crear recursos físicos y estrategias de intervención sin tener en cuenta lo que ocurre después. Este enfoque ignora los cambios traumáticos y desbastadores del estilo de vida de un incapacitado crónico.

Cuando emerge el tema de la calidad de vida del incapacitado crónico, éste va a requerir la asistencia para la adquisición de nuevos roles ocupacionales. Este concepto fue desarrollado por los sicólogos sociales y definido como: "el patrón

²¹ De las Heras, Carmen Gloria. Op. Cit. Pág. 34.

de comportamiento esperado asociado con la ocupación de una posición distintiva en la sociedad." Ralph Linton describe como: "el rol representa el aspecto dinámico del status. El individuo está socialmente asignado a un status y ocupa éste con relación a otros status. Cuando él establece los derechos y obligaciones que constituyen el status, en efectos, él está desempeñando un rol. Cada individuo tiene una serie de roles, derivados de los variados patrones en los que participa, y al mismo tiempo un rol general que representa la suma total de estos roles y determina lo que hace él, por la sociedad y qué puede esperar él de ésta."²²

Los roles son clasificados en tres categorías: sexuales, familiares y ocupacionales. Éstos no son estáticos, sino dinámicos y combinan tanto dentro del contexto diario como durante el ciclo de la vida. Durante un día los roles pueden cambiar o bien incluir el de esposo, padre, vecino, etc.. Los principales roles de vida se asocian con tareas de desarrollo y funciones apropiadas a la edad. El rol ocupacional es la actividad en la vida de una persona, que contribuye a la sociedad, por lo tanto define el valor social de ésta.

Se tienen en cuenta tres puntos para la aplicación clínica del rol, éstos brindan la información básica para visualizar la adquisición del rol ocupacional como un proceso.

1. Los hábitos y las destrezas son componentes del rol.
2. El rol es el componente organizante para la competencia en la vida diaria. La adquisición del rol ocupacional, es un proceso continuo que se transforma y construye sobre las destrezas generalmente adquiridas para capacitar al individuo y

²² De las Heras, Carmen Gloria. Op. Cit. Págs. 39-40.

asumir las demandas de un nuevo rol ocupacional. La transición entre los roles, representa puntos críticos para el individuo. La presencia de una incapacidad crónica impide la adquisición fácil del rol y a menudo brinda una carga adicional, especialmente si los roles anteriores no fueron dominados exitosamente.

3. La adquisición fácil del rol ocupacional depende de la naturaleza adaptativa del individuo. En la adquisición del rol ocupacional, la adaptación significa la organización del comportamiento para el desempeño del rol. Con el aumento en el número de roles y experiencias de roles, un individuo adquiere mayor flexibilidad para ingresar a roles, así como los cambios rápidos de los mismos. Los incapacitados crónicos, con sus limitadas capacidades están restringidos en sus manifestaciones y son también menos flexibles en sus estrategias de comportamiento.

Para una intervención exitosa, se necesita una comprensión global de los componentes que constituyen el comportamiento humano. Los temas al ser confrontados en la clínica de T. O. no sólo se refieren al aumento de la habilidad funcional, sino son más precisamente relacionados a las metas u objetivos que le servirán al paciente para restablecer y seleccionar nuevos métodos que le sirvan para continuar con la vida ocupacional escogida.

Un programa de T. O. en cardiología debe evitar caer en el error de hacer pasar a todo paciente por una serie de actividades por las que no siente afición, para las que no está motivado y para las que no posee ninguna destreza; ello lejos de representar un beneficio, puede ser incluso contraproducente para la obtención de los resultados esperados. La T.O. tiene como objetivo primordial reducir la

carga fisiológica y psicológica de cada una de las actividades que el paciente cardíaco desea realizar cuando se incorpore a la vida activa sociolaboral habitual.

El perfil para la intervención de los T. O. en los Programas de Rehabilitación Cardíaca tendientes a contribuir con el principal objetivo que es "*mejorar la calidad de vida de los cardíacos*", consta en lo siguiente:

- se debe proporcionar las oportunidades para comportamientos eficaces y para la práctica competente,
- desarrollar destrezas que apoyen el desempeño de los roles deseados,
- proveer estrategias que aseguren la socialización a los requerimientos del grupo cultural y apoye las rutinas de la vida diaria satisfactoria.

A mi criterio, existen numerosas razones de peso suficiente para justificar la complementación de los programas de Rehabilitación Cardíaca con las propuestas de los programas de Terapia Ocupacional destinados a pacientes con cardiopatías.

ASPECTOS
METODOLÓGICOS

ASPECTOS METODOLOGICOS

A) DISEÑO.

El diseño de investigación del presente trabajo, es de tipo *no experimental*. La investigación pretende determinar y hacer un análisis de la variable *CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES POSTINFARTO DE MIOCARDIO*, tal como se presenten en el momento de administrar la encuesta y el cuestionario. No existiendo durante la misma, manipulación de dicha variable y tomándose en cuenta (para el posterior análisis), la participación de las variables intervinientes.

B) TIPO DE ESTUDIO.

De acuerdo a las características de la problemática planteada, se seleccionó un tipo de estudio metodológico *exploratorio transversal con enfoque cualitativo*.

Teniendo en cuenta la escasa cantidad de estudios y publicaciones encontradas acerca del estudio e investigación de la problemática planteada, con el presente trabajo se pretende determinar la *CALIDAD DE VIDA* de pacientes que hallan sufrido Infarto de Miocardio, tal como se presenten en el momento de administrar el cuestionario seleccionado. A continuación, se identificarán y analizarán las áreas de la *calidad de vida* que necesitan mayor dedicación de los profesionales que se abocan a la rehabilitación cardíaca del paciente postinfarto de miocardio, y de ésta manera se podrá desarrollar un programa terapéutico que se adecue a las necesidades del grupo de estudio.

C) POBLACION Y MUESTRA.

La población está compuesta aproximadamente por 20 pacientes mayores de 40 años, que desde el año 1996 hasta la actualidad hallan sufrido Infarto De Miocardio, y residen en el Partido de Gral Villegas.

Estos pacientes, han sido asistidos durante la internación o derivados posteriormente para realizar los controles periódicos a los Centros de Salud pertenecientes al Partido de General Villegas. Teniendo en cuenta que existe un sólo Hospital Municipal en el partido y tres Clínicas que cuentan con la infraestructura para la asistencia y seguimiento de dichos pacientes. Además, cabe aclarar que cuento con la colaboración de los médicos cardiólogos del Partido, el Dr Bilotta y el Dr Fumagalo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la técnica de selección del grupo de estudio es *no aleatoria por conveniencia*, ya que la centralización de los casos me permitirá contar con la totalidad de las personas de la población estudiada (teniendo en cuenta los criterios de selección de la muestra).

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

CRITERIOS DE INCLUSION: Serán incluidas en el grupo de estudio todas aquellas personas que hallan sufrido I. M., que cuenten con las siguientes características:

- pacientes que hallan sufrido el I. M. durante el período 1996 hasta la actualidad.

- pacientes que al momento de sufrir el I. M. (último), hallan tenido no menos de 40 años de edad.
- pacientes que su lugar de residencia pertenezca al partido de General Villegas.
- pacientes que no presenten, hasta el momento de administrar el cuestionario, diagnóstico de ninguna patología asociada, exceptuando aquellas que pertenezcan al grupo de las reconocidas como factores de riesgo cardiovascular.
- pacientes que hallan recibido asistencia en los Centros de Salud pertenecientes al Partido de General Villegas.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Serán excluidas del grupo de estudio, todas aquellas personas que habiendo sufrido I. M. presenten las siguientes características:

- pacientes que hallan recibido asistencia en Centros de Salud no pertenecientes al Partido de General Villegas.
- pacientes que por razones particulares no estén dispuestos a contestar la encuesta y el cuestionario.
- todos aquellos pacientes que al momento de administrar el cuestionario presentan diagnóstico de alguna patología asociada, sin tener en cuenta aquellas que se las reconozca dentro del grupo de los factores de riesgo cardiovascular.

D) METODO Y TECNICAS.

Los datos para llevar a cabo la presente investigación, se obtendrán mediante la implementación de las siguientes técnicas:

- Recopilación documental: lectura de Historias Clínicas.
- Encuesta de datos personales.
- Cuestionario de Calidad de Vida de Velasco-Del Barrio.

La encuesta ha sido elaborada con el fin de contar con datos tales como: edad, sexo, tiempo transcurrido del I.M., conocimientos que tenía la persona acerca de la predisposición de padecer I.M. (factores de riesgo), ocupación, etc., los cuales, considero que son de suma importancia en el momento de las conclusiones finales, en donde se analizará la relación existente o no, entre dichas variables intervinientes y los datos obtenidos acerca de la calidad de vida de los pacientes postinfarto.

La selección del cuestionario de Velasco y Del Barrio surge luego de una intensa y minuciosa búsqueda bibliográfica, haciendo un análisis exhaustivo del material existente. El mismo ha sido sometido a técnicas de validez, reproducibilidad y fiabilidad, llegando a la conclusión que su utilidad es similar a la del cuestionario patrón y que, por lo tanto, puede ser recomendada su utilización en pacientes postinfarto de miocardio y debe ser de preferencia cuando se trate de pacientes de habla hispana.

Los autores, Velasco y Del Barrio, se basaron en los cuestionarios elaborados por Oldridge y del SIP. Los mismos, se vieron motivados a confeccionar y publicar un cuestionario con dichas características, debido a que no existían cuestionarios originales (todos eran traducciones) que midieran la Calidad de Vida de pacientes postinfarto de miocardio, de lengua hispana. Los existentes, generalmente estaban en otro idioma y eran sometidos a traducciones no exactas, sin tener en cuenta tampoco, las diferencias socioculturales existentes. Además, dichos cuestionarios fueron diseñados originalmente para evaluar otras patologías.

× [La encuesta junto con el cuestionario serán entregados al paciente por el médico tratante durante la consulta, quien le explicará los objetivos y alcance de los mismos así como también la forma de responderlo. Estos serán anónimos. Se ha seleccionado esta forma de administración con el fin de no violar el secreto profesional del médico tratante, así como también de no amenazar la intimidad del paciente.

En principio, la persona deberá completar la encuesta con los datos solicitados, todos aquellos puntos que el paciente desconozca o no desee contestarlos les colocará en el espacio correspondiente N/S, N/C respectivamente. Posteriormente marcará en el cuestionario aquella respuesta que mejor describa su situación real después de haber sufrido el I.M., tomando como referencia como se sentía antes de éste. Las respuestas se presentan en una escala de 1 a 5. En donde el 5 representa que la situación descrita está *siempre* presente; el 4 que la situación está *casi siempre*; el 3 que se da *algunas veces*; el 2 que aparece *muy pocas veces*; y el 1 que no se presenta *nunca*.

El resultado final del cuestionario se medirá en términos cualitativos y no cuantitativos. Este no evalúa si la *calidad de vida* es “buena” ó “mala”, sino que el objetivo es determinar la situación actual de la persona con respecto a la etapa previa de sufrir el I.M.. Por lo que, la presencia o ausencia de las situaciones que se presentan en el cuestionario nos mostrará si la *calidad de vida* ha disminuido o aumentado respectivamente, luego de padecer el I.M.. Posteriormente se analizarán los resultados obtenidos teniendo en cuenta la participación de las variables intervinientes.

E) DEFINICION DE LA VARIABLE

DEFINICION CONCEPTUAL

CALIDAD DE VIDA es la capacidad que tiene una persona determinada para desempeñar adecuadamente y con autosatisfacción sus funciones en las áreas personal, familiar, social y laboral. Esto no sólo implica que la persona se integre en dichas áreas, sino que además es fundamental que desempeñe sus funciones en ellas con satisfacción para si mismo.

La *calidad de vida*, está constituida por un amplio rango de capacidades funcionales, síntomas y características psicosociales (ver operacionalización de la variable). Cualquier modificación que se presente en alguno de estos aspectos, va a incidir de manera directa sobre la calidad de vida de los pacientes postinfarto de miocardio.

DEFINICION OPERACIONAL.

La *CALIDAD DE VIDA* engloba un amplio rango de capacidades funcionales, síntomas y características psicosociales que describen una serie de habilidades individuales, las que producen satisfacción en el individuo.

Cuando hablamos de *capacidades funcionales* hacemos referencia a todas aquellas habilidades individuales que posee una persona para realizar con independencia las diferentes actividades de la vida diaria. En éste área se incluyen los siguientes componentes a evaluar: movilidad, sueño y descanso y tiempo de ocio y trabajo.

Si nos referimos a los *síntomas* incluimos dentro de éstos a todo aquello que el paciente nos hace saber acerca de lo que siente y como lo vive, como por ejemplo: disnea, fatiga, dolores torácicos, recidivas, hospitalizaciones como consecuencia de la enfermedad, etc.. Estos, se incluyen dentro del área de la salud.

Por *características psicosociales* se entiende a todas aquellas percepciones y relaciones que surgen como consecuencia de la interacción de la persona dentro de las áreas personal, familiar, social y laboral como pueden ser: bienestar, autosatisfacción, depresión, miedo, dudas ante el futuro, etc. Los puntos a evaluar son: comportamiento emocional, proyectos de futuro, relaciones sociales, comportamiento de alerta y comunicación. Es de entero conocimiento la influencia decisiva que tienen dichos factores en el proceso de la enfermedad cardiovascular, como así también en los programas de rehabilitación.

F) OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

CALIDAD DE VIDA

CAPACIDAD FUNCIONAL ×

1 *SUEÑO Y DESCANSO*

- Le gusta descansar durante la mayor parte del día.
- Duerme peor que antes.
- Cuando se sienta, da más cabezadas que antes.

2 *MOVILIDAD*

- Ha dejado de ocuparse por los temas de la casa, como llevar las cuentas, ir al Banco, etc.
- Le da miedo conducir su auto.
- Se queda la mayor parte del tiempo en su casa.
- Ha reducido las salidas lejos de su casa.
- Ahora camina distancias más cortas.
- No sube escaleras.

3 *TIEMPO DE OCIO Y TRABAJO*

- Ahora se dedica más a pasatiempos pasivos que a actividades físicas.

- Ahora le resulta más difícil entretenerse y divertirse.
- No trabaja en nada.
- Ahora trabaja menos horas que antes o hace trabajos más ligeros.
- Desea un trabajo distinto al que tiene.
- Desea no volver a trabajar.

SINTOMAS.

I SALUD

- Tiene dolor en el pecho.
- Tiene fatiga o nota que respira mal.
- Se siente más cansado que antes.
- Le cuesta levantarse por las mañanas.
- Toma demasiados medicamentos.
- Le cuesta seguir con el régimen de alimentación.
- Echa de menos el fumar.
- Se siente inseguro acerca de la cantidad de ejercicio de debe realizar.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES

1 *COMUNICACIÓN*

- Se encuentra menos afectivo o comunicativo.
- Tiene que esforzarse para mantener una comunicación.
- Se le entiende con dificultad.
- Mantiene menos conversaciones telefónicas que antes.

2 *COMPORTAMIENTO EMOCIONAL*

- Ríe o llora, de repente, sin motivo,
- Reacciona de forma nerviosa o inquieta.
- Reacciona de forma irritable o impaciente consigo mismo.

3 *PROYECTOS DE FUTURO*

- Siente miedo a morir.
- Se siente una carga para la familia e inútil.
- No hace planes para su futuro.

4 *RELACIONES SOCIALES*

- Ahora tiene menos relaciones con otras personas.
- Ha descendido su actividad sexual por causa del problema cardíaco.

- Reacciona desagradablemente con su familia.
- Se aísla lo más que puede de su mujer y sus hijos.
- Encuentra exagerados los cuidados de su familia.
- Se siente abandonado por todos.
- El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas.
- El dinero es insuficiente para los gastos extras.

5 *COMPORTAMIENTO DE ALERTA*

- Reacciona lentamente ante las cosas que se dicen o hacen.
- Tiene dificultades para razonar o resolver problemas.
- Olvida muchas cosas recientes, por ejemplo donde ha puesto las cosas, los nombres, etc.

PRESENTACIÓN,
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN
DE LOS
RESULTADOS

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Este espacio ha sido destinado a la presentación de los resultados obtenidos mediante la implementación de la encuesta y cuestionario seleccionado. Los mismos fueron administrados de la forma en que se detalla en el punto correspondiente a "Método y Técnicas" del apartado de Aspectos Metodológicos, a excepción de lo mencionado a continuación: los datos fueron completados por el médico tratante durante la entrevista realizada, debido a que algunos ítems resultaron de difícil interpretación para los pacientes.

Antes de comenzar con la presentación de dichos resultados haré un breve resumen acerca del Partido de General Villegas, para permitirle ubicarse geográficamente y comprender los resultados arrojados a quienes tengan la oportunidad de leer el presente trabajo. El mismo se halla ubicado al noroeste de la Pcia de Bs. As. , limitando al norte con las provincias de Córdoba y Santa Fé, al este con el ptdo de Ameghino, al sur con los ptdos de Carlos Tejedor y Rivadavia y al oeste con las pcías de La Pampa y Córdoba. Es importante mencionar que es una zona netamente rural, donde la mayoría de la población del ptdo se dedica a la agricultura y/o ganadería.

Primero, se presentan (en una sábana, tablas y gráficos) los datos recogidos con la entrevista confeccionada. El objetivo para la implementación de la misma, consistía en recabar información acerca de algunos datos de los pacientes, los cuales no eran contemplados en el cuestionario, y consideré serían

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

VARIABLES

MUESTRAS N°

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---------------------------|-----------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Edad | 58 | 67 | 59 | 40 | 80 | 75 | 75 | 40 | 63 | 70 | 62 | 72 |
| Sexo | M | M | M | F | M | M | F | M | M | M | M | F |
| Nacionalidad | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. | Arg. |
| Lugar de residencia | Piedritas | G. Villegas | G. Villegas | Banderaió | Banderaió | Piedritas | E. Bunge | G. Villegas | G. Villegas | G. Villegas | G. Villegas | Piedritas |
| Pers. con quien convive | Esposa | Esposa | Hna/Sobrino | Esp./hijos | Solo | Solo | Esposa | Esp./hijos | Esposa | Esposa | Esposa | Hija |
| Antecedentes Filiares | N/S | NO | NO | SI | NO | NO | SI | SI | SI | SI | N/S | NO |
| Fecha del I.M. | Feb-98 | Ago-97 | May-98 | Jul-98 | Ago-98 | Jul-98 | Ago-98 | May-98 | Abr-96 | Jul-97 | Oct-97 | Nov-97 |
| Evolución de la patología | 6 meses | 12 meses | 3 meses | 1 mes | - | 1 mes | - | 3 meses | 16 meses | 13 meses | 10 meses | 9 meses |
| Ocupación Ant al I.M. | Jubilado | Camicero | Comerciante | A. de casa | Jubilado | Jubilado | A. de casa | Contratista | Médico | Médico | Albañil | A. de casa |
| Post al I.M. | Jubilado | Camicero | Comerciante | A. de casa | Jubilado | Jubilado | A. de casa | Contratista | Médico | Médico | Albañil | A. de casa |
| H. de fumar Ant. Al I.M. | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | NO |
| Past al I.M. | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO |
| Colesterol Ant al I.M. | SI | SI | SI | N/S | NO | NO | SI | N/S | NO | SI | SI | N/S |
| Post al I.M. | SI | SI | SI | N/S | NO | NO | SI | SI | NO | NO | SI | N |
| Deabetes Ant al I.M. | SI | NO | NO | N/S | NO | NO | SI | N/S | NO | SI | NO | N/S |
| Post al I.M. | SI | NO | NO | N/S | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| Presión Art. Ant al I.M. | 150/90 | 170/110 | 170/100 | 170/90 | 150/90 | 150/90 | 190/100 | N/S | 170/100 | 170/120 | 160/100 | 150/100 |
| Post al I.M. | 150/90 | 150/90 | 150/100 | 150/90 | 150/80 | 150/90 | 150/80 | 150/90 | 170/100 | 150/90 | 160/100 | 150/90 |
| Peso Corporal Ideal | 70 | 80 | 79 | 70 | 70 | 70 | 70 | 75 | 70 | 70 | 75 | 55 |
| Ant al I.M. | N/S | 96 | 88 | 85 | 68 | 70 | 90 | 90 | 80 | 70 | 86 | 60 |
| Post al I.M. | 74 | 90 | 85 | 80 | 54 | 70 | 85 | 85 | 75 | 70 | 84 | 58 |
| Activ. Física Ant al I.M. | SI | NO | NO | SI | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| Post al I.M. | SI | NO | SI | SI | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | NO |

de importancia a la hora de realizar la conclusión final sobre la “Calidad de Vida en pacientes postinfarto de Miocardio.”

Posteriormente se procederá a presentar los datos obtenidos mediante la implementación del cuestionario. Y en última instancia se llevará a cabo el análisis conjunto e interpretación de los datos obtenidos.

La población de personas mayores de 40 años que sufrieron I.M. en el Partido de General Villegas alcanza un total de 19 pacientes, de éstos, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión alcanzan un total de 12 personas, esto lo podemos observar en las tablas que se presentan a continuación, así como también la causa por la cual no conforman la muestra.

TABLA N° 1

Población de personas convocadas a la entrevista con el médico tratante, que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998, en el partido de General Villegas.

| PERSONAS CONVOCADAS A ENTREVISTA | N° | % |
|----------------------------------|----|--------|
| NO CONCURREN | 7 | 36,84 |
| CONCURREN | 12 | 63,16 |
| TOTAL | 19 | 100,00 |

TABLA N° 2

Causa de inasistencia a la entrevista médica de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998, en el partido de General Villegas.

| CAUSA POR LA QUE NO CONCURRIERON | N° | % |
|----------------------------------|----|--------|
| FALLECIMIENTO | 5 | 71,43 |
| CAMBIO DE DOMICILIO | 2 | 28,57 |
| TOTAL | 7 | 100,00 |

GRAFICO N° 1

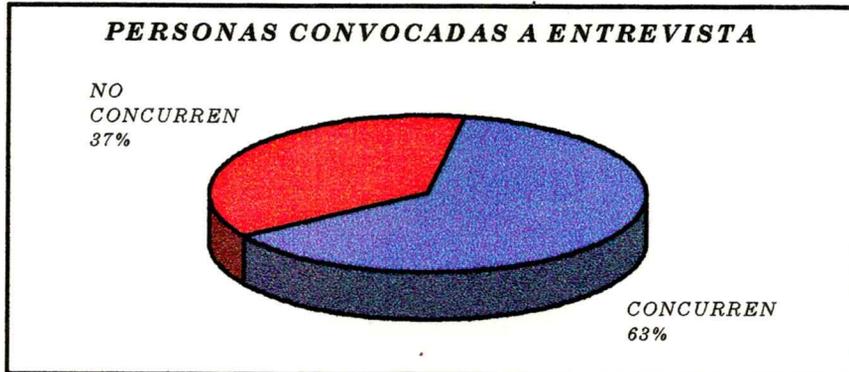


GRAFICO N° 2



TABLA N° 3

Edad en años de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| EDAD DE LOS PACIENTES POSTINFARTO DE MIOCARDIO | N° | % |
|--|-----------|---------------|
| 40 - 50 | 2 | 16,67 |
| 50 - 60 | 2 | 16,67 |
| 60 - 70 | 3 | 25,00 |
| 70 - 80 | 4 | 33,33 |
| 80 en adelante | 1 | 8,33 |
| TOTAL | 12 | 100,00 |

TABLA N° 4

Sexo de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el Partido de Gral. Villegas.

| SEXO | N° | % |
|-----------|----|--------|
| FEMENINO | 3 | 25,00 |
| MASCULINO | 9 | 75,00 |
| TOTAL | 12 | 100,00 |

GRAFICO N° 3

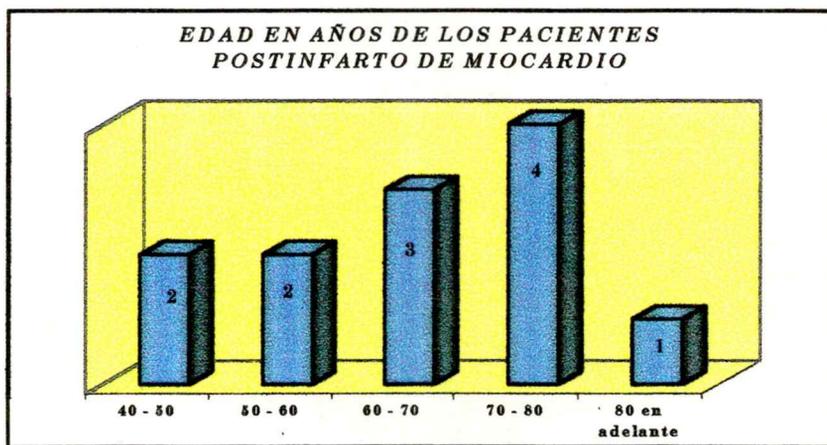


GRAFICO N° 4

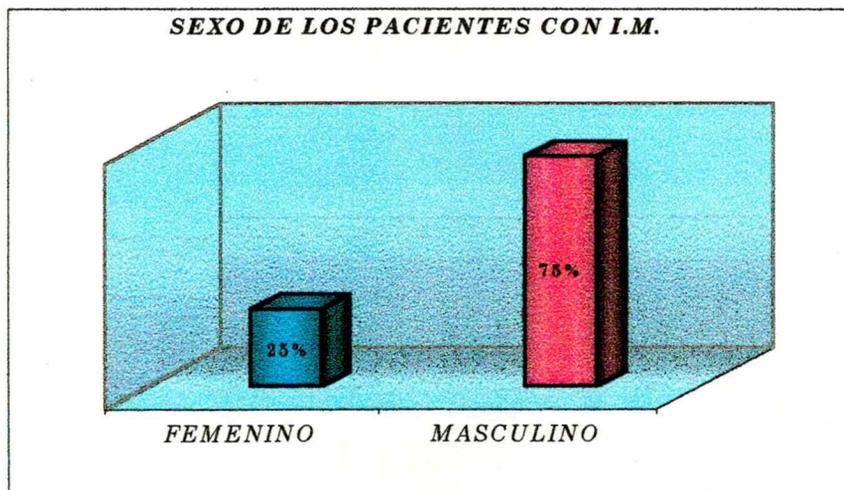


TABLA N° 5

Distribución por edades según sexo de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998, y residen en el Partido de Gral. Villegas.

| EDAD | SEXO FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | |
|----------------|---------------|-----------|-----------|---------------|
| | N° | N° | N° | % |
| 40 - 50 | 1 | 1 | 2 | 16,67 |
| 50 - 60 | 0 | 2 | 2 | 16,67 |
| 60 - 70 | 0 | 3 | 3 | 25,00 |
| 70 - 80 | 2 | 2 | 4 | 33,33 |
| 80 en adelante | 0 | 1 | 1 | 8,33 |
| TOTAL | 3 | 9 | 12 | 100,00 |

GRAFICO N° 5

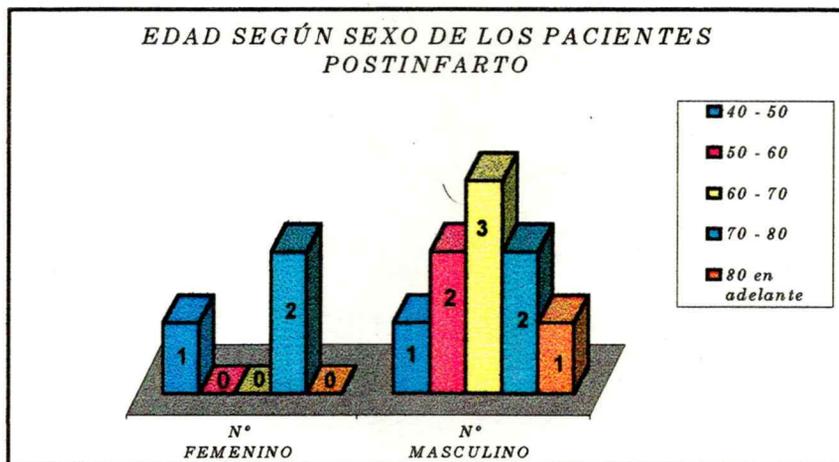


TABLA N° 6

Modalidad de convivencia de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el Partido de General Villegas.

| CONVIVENCIA | N° | % |
|--------------|-----------|------------|
| SOLO | 2 | 16,67 |
| C/FAMILIARES | 10 | 83,33 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 6

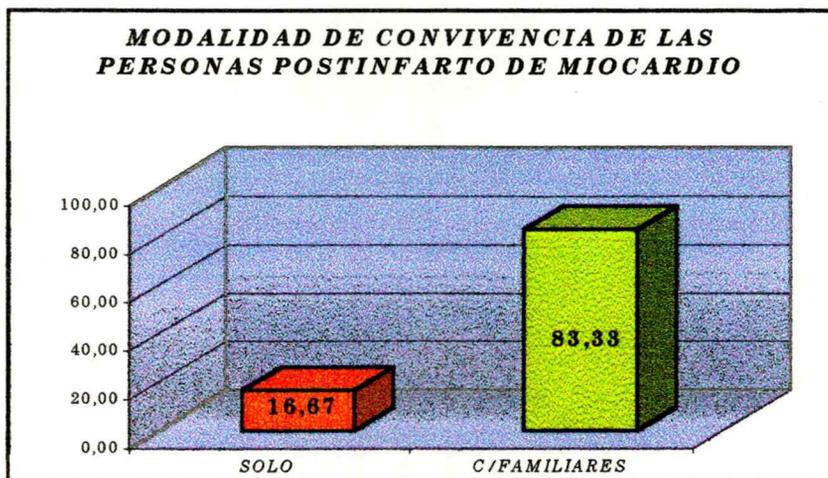


TABLA N° 7

Presencia de antecedentes cardíacos en familiares de personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| ANTECEDENTES FAMILIARES | N° | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| SI | 3 | 25,00 |
| NO | 5 | 41,67 |
| N/S - N/C | 4 | 33,33 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 7

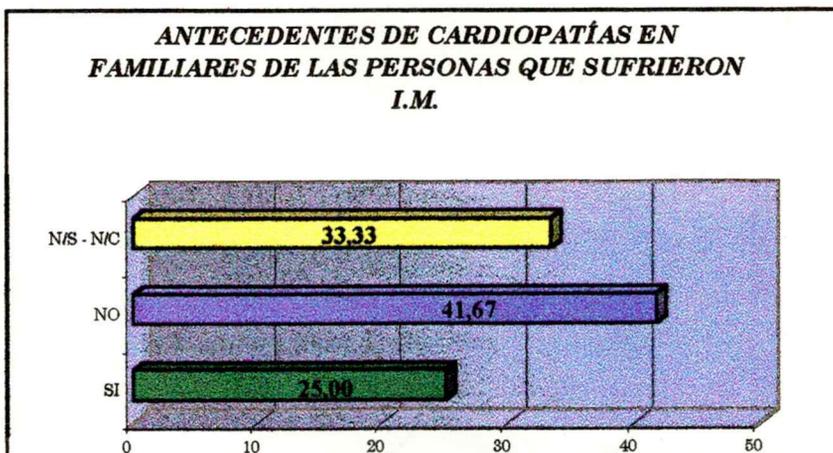


TABLA N° 8

Ocupación de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| OCUPACIÓN | N° | % |
|-------------|----|-------|
| JUBILADO | 2 | 16,67 |
| AMA DE CASA | 3 | 25,00 |
| COMERCIANTE | 2 | 16,67 |
| OFICIO | 3 | 25,00 |
| PROFESIONAL | 2 | 16,67 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 8

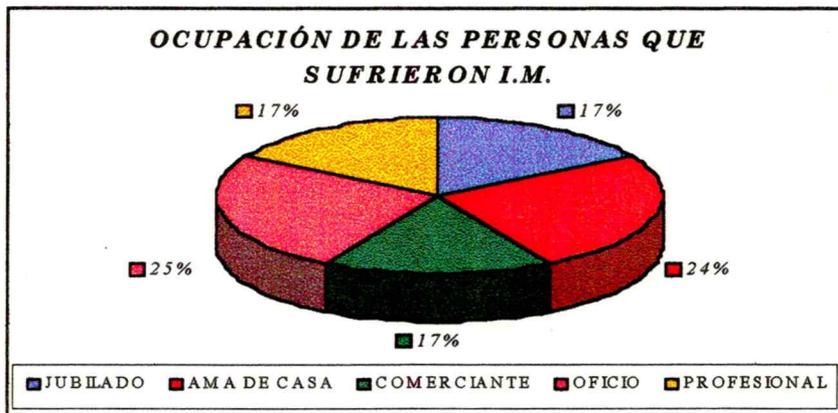


TABLA N° 9

Hábito de fumar anterior al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| HABITO DE FUMAR ANTERIOR AL I.M. | N° | % |
|----------------------------------|----|-------|
| SI | 8 | 66,67 |
| NO | 4 | 33,33 |
| TOTAL | 12 | 100 |

TABLA N° 10

Hábito de fumar posterior al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| HABITO DE FUMAR POSTERIOR AL I.M. | N° | % |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| SI | 1 | 8,33 |
| NO | 11 | 91,67 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 9

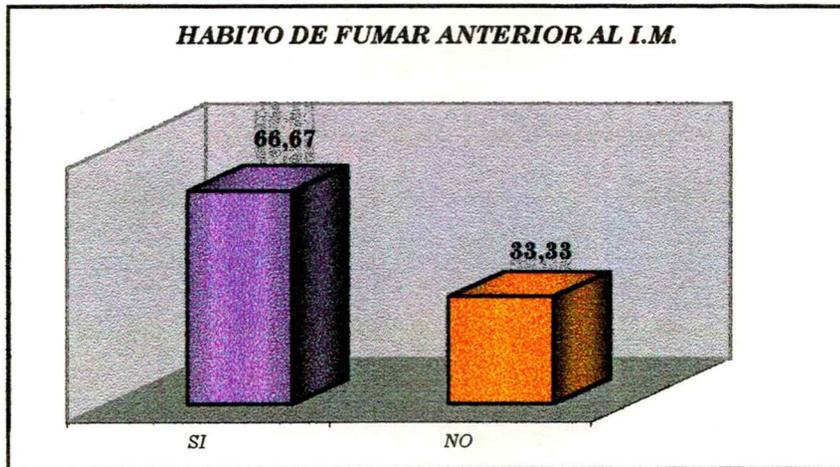


GRAFICO N° 10

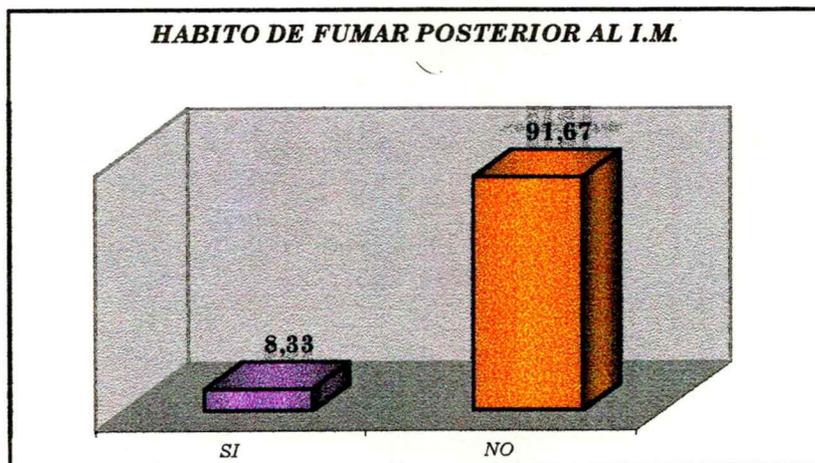


TABLA N° 11

Dislipidemias diagnosticada con anterioridad al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| DISLIPIDEMIAS ANTERIOR AL I.M. | N° | % |
|--------------------------------|----|-------|
| SI | 6 | 50,00 |
| NO | 3 | 25,00 |
| N/S - N/C | 3 | 25,00 |
| TOTAL | 12 | 100 |

TABLA N° 12

Dislipidemias diagnosticada con posterioridad al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| DISLIPIDEMIAS POSTERIOR AL I.M. | N° | % |
|---------------------------------|----|-------|
| SI | 6 | 50,00 |
| NO | 5 | 41,67 |
| N/S - N/C | 1 | 8,33 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 11

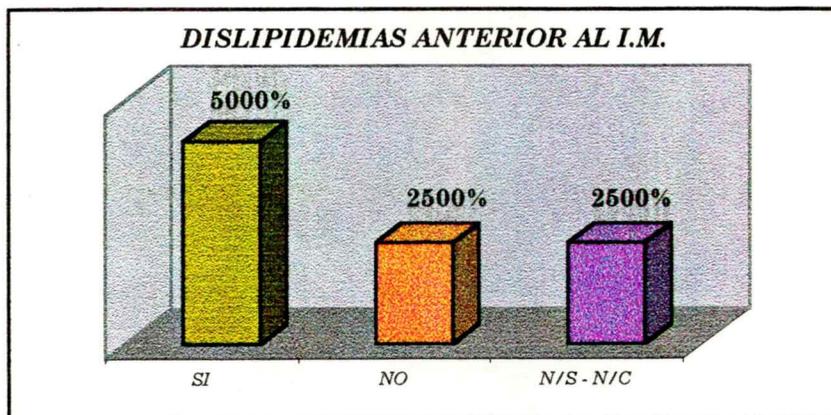


GRAFICO N° 12

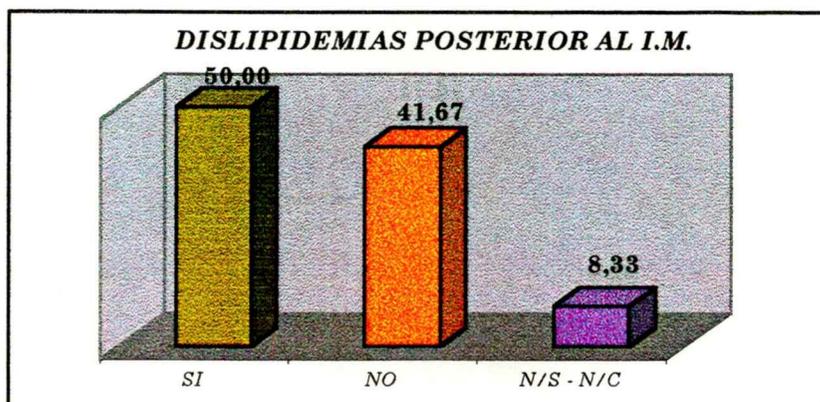


TABLA N° 13

Diabetes diagnosticada con anterioridad al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| DIABETES ANTERIOR AL I.M. | N° | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| SI | 3 | 25,00 |
| NO | 6 | 50,00 |
| N/S - N/C | 3 | 25,00 |
| TOTAL | 12 | 100 |

TABLA N° 14

Diabetes diagnosticada con posterioridad al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| DIABETES POSTERIOR AL I.M. | N° | % |
|----------------------------|-----------|------------|
| SI | 1 | 8,33 |
| NO | 10 | 83,33 |
| N/S - N/C | 1 | 8,33 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 13

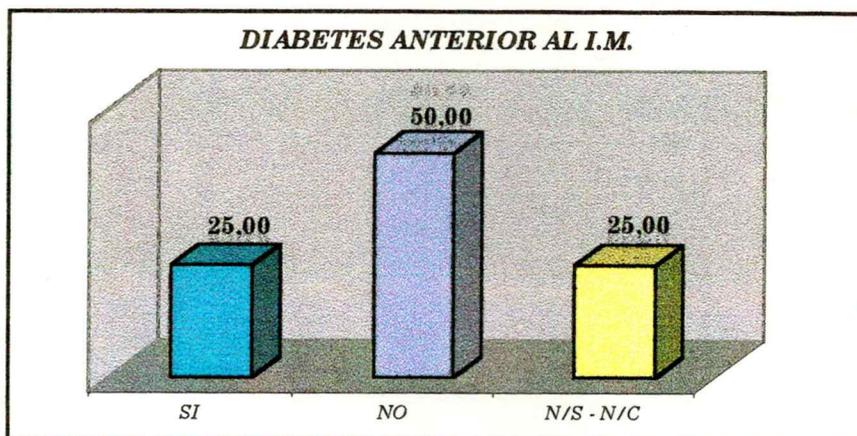


GRAFICO N° 14

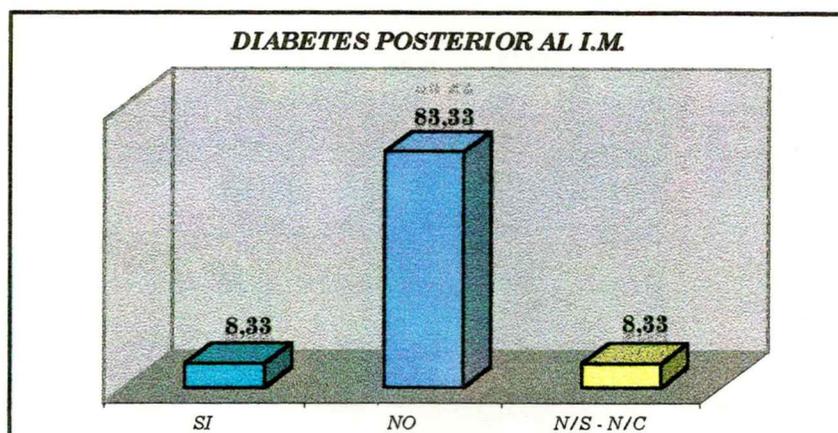


TABLA N° 15

Tipo de peso corporal que presentaban con anterioridad al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| PESO CORPORAL ANTERIOR AL I.M. | N° | % |
|--------------------------------|-----------|------------|
| IDEAL | 2 | 16,67 |
| POR ENCIMA DEL IDEAL | 8 | 66,67 |
| POR DEBAJO DEL IDEAL | 1 | 8,33 |
| N/S - N/C | 1 | 8,33 |
| TOTAL | 12 | 100 |

TABLA N° 16

Tipo de peso corporal que presentaban con posterioridad al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| PESO CORPORAL POSTERIOR AL I.M. | N° | % |
|---------------------------------|----|-------|
| IDEAL | 2 | 16,67 |
| POR ENCIMA DEL IDEAL | 9 | 75,00 |
| POR DEBAJO DEL IDEAL | 1 | 8,33 |
| N/S - N/C | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 15

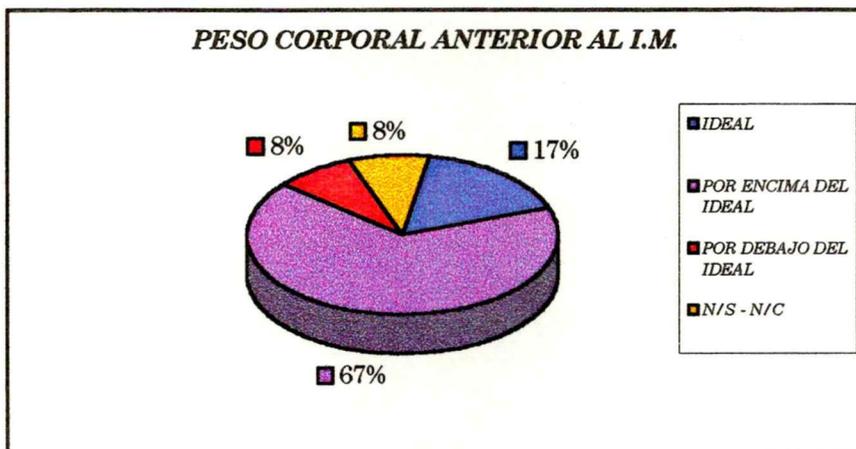


GRAFICO N° 16

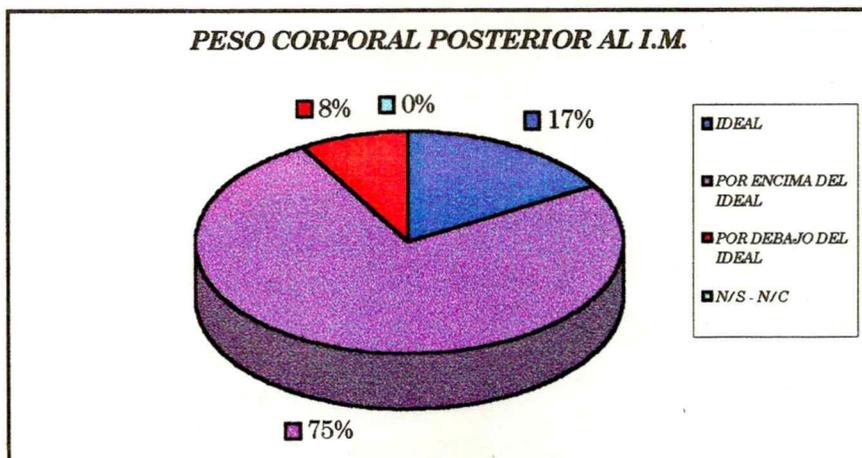


TABLA N° 17

Actividad física que realizaban con anterioridad al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| ACTIVIDAD FISICA ANTERIOR AL I.M. | N° | % |
|-----------------------------------|----|-------|
| SI | 4 | 33,33 |
| NO | 8 | 66,67 |
| TOTAL | 12 | 100 |

TABLA N° 18

Actividad física que realizaban con posterioridad al episodio cardíaco de las personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| ACTIVIDAD FISICA POSTERIOR AL I.M. | N° | % |
|------------------------------------|----|-------|
| SI | 8 | 66,67 |
| NO | 4 | 33,33 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 17

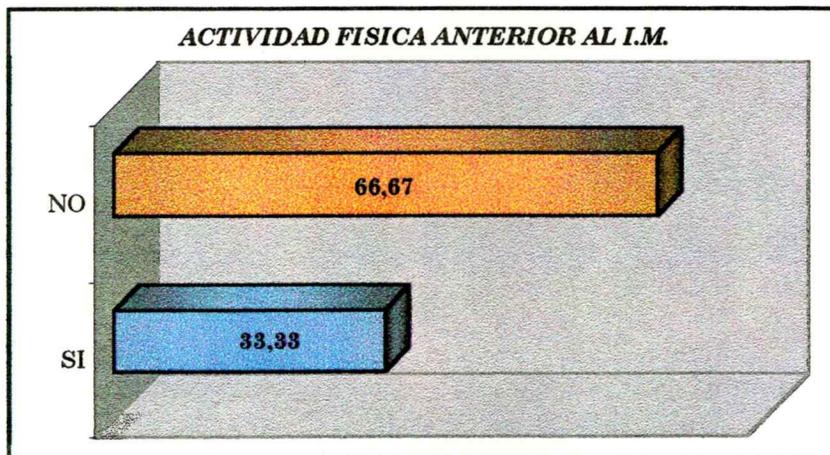


GRAFICO N° 18

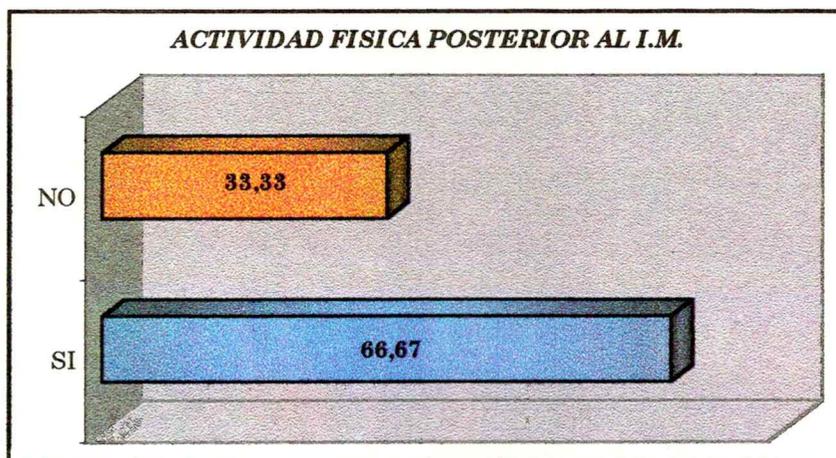
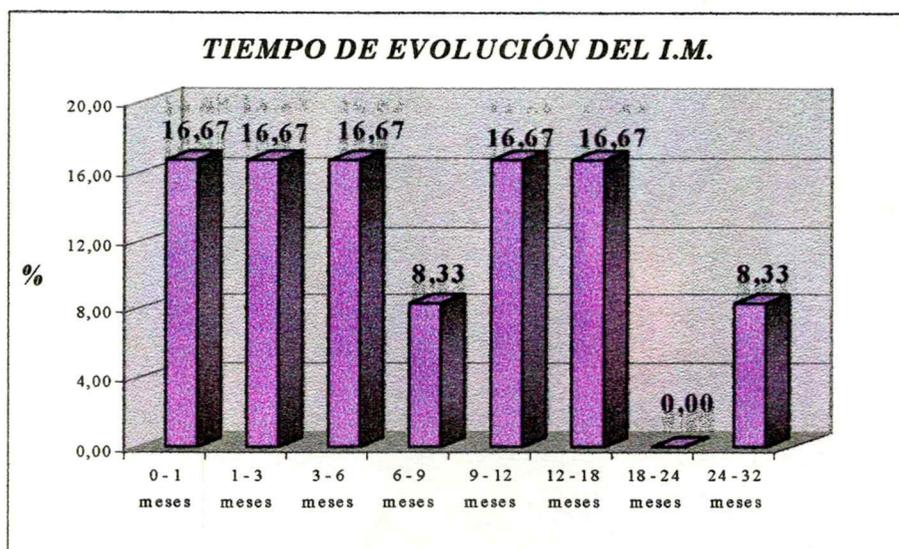


TABLA N° 19

Evolución de la patología cardíaca en personas que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGIA | N° | % |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| 0 - 1 meses | 2 | 16,67 |
| 1 - 3 meses | 2 | 16,67 |
| 3 - 6 meses | 2 | 16,67 |
| 6 - 9 meses | 1 | 8,33 |
| 9 - 12 meses | 2 | 16,67 |
| 12 - 18 meses | 2 | 16,67 |
| 18 - 24 meses | 0 | 0,00 |
| 24 - 32 meses | 1 | 8,33 |
| TOTAL | 12 | 100 |

GRAFICO N° 19



RESULTADOS OBTENIDOS CON EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE VELASCO Y DEL BARRIO

| AREAS DE CALIDAD DE VIDA | MUESTRA N° | | | | | | | | | | | | TOTAL | PROMEDIO |
|--|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|-------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| SINTOMAS | | | | | | | | | | | | | | |
| SALUD | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Tengo dolor en el pecho | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 24 | 2 |
| 2. Tengo fatiga o noto que respiro mal | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 24 | 2 |
| 3. Me siento más cansado que antes | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 34 | 2,83 |
| 4. Me cuesta levantarme por las mañanas | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 2 | 2 | 35 | 2,92 |
| 5. Tomo demasiados medicamentos | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 36 | 3 |
| 6. Me cuesta seguir el régimen de alimentación | 3 | 5 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 41 | 3,42 |
| 7. Echo de menos el fumar | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 24 | 2 |
| 8. Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 43 | 3,58 |
| CAPACIDADES FUNCIONALES | | | | | | | | | | | | | | |
| SUEÑO Y DESCANSO | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Me apetece descansar durante la mayor parte del día | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 35 | 2,92 |
| 10. Cuando me siento, doy más cabezadas que antes | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 30 | 2,50 |
| 11. Duermo peor que antes | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 39 | 3,25 |
| MOVILIDAD | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al Banco, etc. | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 1 | 5 | 2 | 5 | 40 | 3,33 |
| 19. Me da miedo conducir mi coche | 2 | 1 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 | 38 | 3,17 |
| 20. Me quedo la mayoría del tiempo en casa | 3 | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 5 | 38 | 3,17 |
| 21. He reducido mis salidas lejos de casa | 4 | 1 | 4 | 2 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 42 | 3,50 |
| 22. Ahora camino distancias más cortas | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 5 | 40 | 3,33 |
| 23. No subo nunca escaleras | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 1 | 5 | 39 | 3,25 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|
| TIEMPO DE OCIO Y TRABAJO | | | | | | | | | | | | | | |
| 39. Ahora me dedico más a pasatiempos pasivos | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 2 | 4 | 45 | 3,75 |
| 40. Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 43 | 3,58 |
| 41. No trabajo en nada | 2 | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 3 | 34 | 2,83 |
| 42. Ahora trabajo menos horas que antes o hago trabajos más ligeros | 3 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 40 | 3,33 |
| 43. Deseo un trabajo distinto al que tengo | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 28 | 2,33 |
| 44. Deseo no volver a trabajar | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 5 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 23 | 1,92 |
| CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPORTAMIENTO EMOCIONAL | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Río o lloro de repente, sin motivo | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 49 | 4,08 |
| 13. Reacciono de forma nerviosa o inquieta | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 46 | 3,83 |
| 14. Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 47 | 3,92 |
| PROYECTOS DEL FUTURO | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Siento miedo a morir | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 49 | 4,08 |
| 16. Soy una carga para mi familia | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 43 | 3,58 |
| 17. No hago planes para mi futuro | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 | 39 | 3,25 |
| RELACIONES SOCIALES | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. Ahora tengo relaciones con otras personas | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 43 | 3,58 |
| 25. He descendido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 54 | 4,50 |
| 26. Reacciono desagradablemente con mi familia | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 41 | 3,42 |
| 27. Me aísló lo más que puedo de mi mujer y mis hijos | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 2 | 4 | 2 | 4 | 38 | 3,17 |
| 28. Encuentro exagerados los cuidados de mi familia | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 38 | 3,17 |
| 29. Me siento abandonado por todos | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 2 | 34 | 2,83 |
| 30. El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 52 | 4,33 |
| 31. El dinero es insuficiente para los gastos extras | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 53 | 4,42 |
| COMPORTAMIENTO DE ALERTA | | | | | | | | | | | | | | |
| 32. Reacciono lentamente ante las cosas que se dicen o hacen | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 | 40 | 3,33 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|------|
| 33. Tengo dificultades para razonar y resolver problemas | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 41 | 3,42 |
| 34. Olvido muchas cosas recientes, por ej. dónde he puesto algo, los nombres, etc. | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 43 | 3,58 |
| COMUNICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35. Me encuentro menos afectivo o comunicativo | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 39 | 3,25 |
| 36. Tengo que esforzarme para mantener una comunicación | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 37 | 3,08 | |
| 37. Se me entiende con dificultad | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 39 | 3,25 | |
| 38. Mantengo menos conversaciones que antes | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 39 | 3,25 | |

REFERENCIAS:

- El 5 representa que la situación está siempre presente
- El 4 representa que la situación está casi siempre presente
- El 3 representa que la situación se da algunas veces
- El 2 representa que la situación aparece muy pocas veces
- El 1 representa que la situación no se presenta nunca

Luego de la presentación de la “sábana de datos” correspondientes al cuestionario seleccionado, se ha destinado el siguiente espacio a la presentación mediante tablas y gráficos de dichos resultados.

En la primer tabla (TABLA N° 20), se puede observar la situación clínica de los pacientes postinfarto de miocardio del partido de Gral. Villegas.

TABLA N° 20

Presencia de síntomas que determinan la situación actual de los pacientes que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| SITUACIÓN | SIEMPRE | | CASI SIEMPRE | | ALGUNAS VECES | | MUY POCAS VECES | | NUNCA | | TOTAL | |
|--------------|----------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| 1.- | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 3,13 | 6 | 6,25 | 3 | 3,13 | 12 | 12,50 |
| 2.- | 0 | 0,00 | 1 | 1,04 | 0 | 0,00 | 9 | 9,38 | 2 | 2,08 | 12 | 12,50 |
| 3.- | 0 | 0,00 | 2 | 2,08 | 7 | 7,29 | 2 | 2,08 | 1 | 1,04 | 12 | 12,50 |
| 4.- | 1 | 1,04 | 1 | 1,04 | 6 | 6,25 | 4 | 4,17 | 0 | 0,00 | 12 | 12,50 |
| 5.- | 0 | 0,00 | 3 | 3,13 | 6 | 6,25 | 3 | 3,13 | 0 | 0,00 | 12 | 12,50 |
| 6.- | 3 | 3,13 | 3 | 3,13 | 3 | 3,13 | 2 | 2,08 | 1 | 1,04 | 12 | 12,50 |
| 7.- | 2 | 2,08 | 1 | 1,04 | 0 | 0,00 | 1 | 1,04 | 8 | 8,33 | 12 | 12,50 |
| 8.- | 2 | 2,08 | 4 | 4,17 | 5 | 5,21 | 1 | 1,04 | 0 | 0,00 | 12 | 12,50 |
| TOTAL | 8 | 8,33 | 15 | 15,6 | 30 | 31,3 | 28 | 29,2 | 15 | 15,6 | 96 | 100 |

GRAFICO N° 20

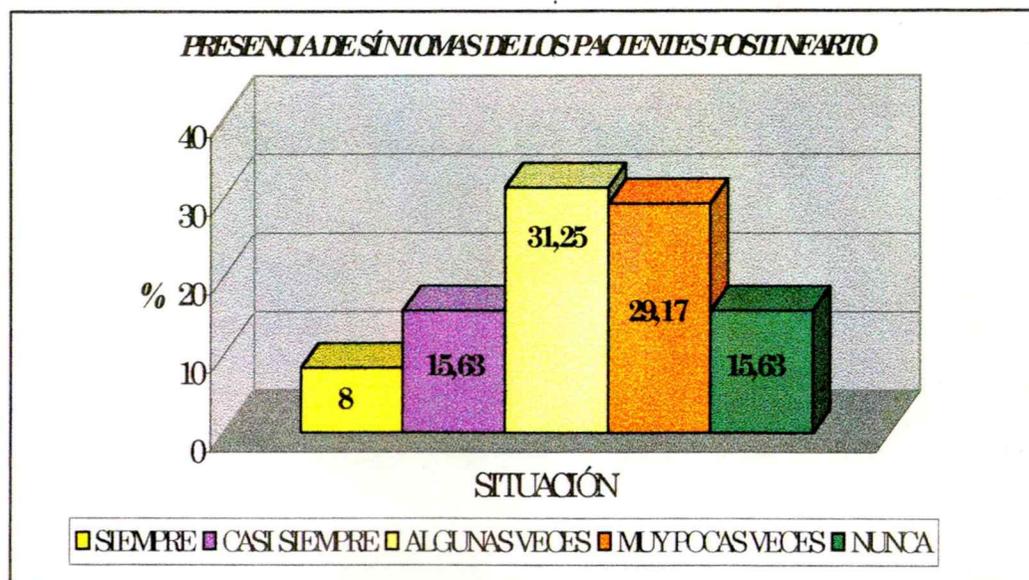


TABLA N° 21

Presencia de Capacidades Funcionales que determinan la situación actual de los pacientes que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| SITUACIÓN | SIEMPRE | | CASI SIEMPRE | | ALGUNAS VECES | | MUY POCAS VECES | | NUNCA | | TOTAL | |
|-----------|---------|------|--------------|------|---------------|------|-----------------|------|-------|------|-------|------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| 9.- | 0 | 0,00 | 1 | 0,56 | 9 | 5,00 | 2 | 1,11 | 0 | 0 | 12 | 6,66 |
| 10.- | 0 | 0,00 | 1 | 0,56 | 4 | 2,22 | 7 | 3,89 | 0 | 0 | 12 | 6,66 |
| 11.- | 0 | 0,00 | 6 | 3,33 | 3 | 1,67 | 3 | 1,67 | 0 | 0 | 12 | 6,66 |
| 18.- | 4 | 2,22 | 1 | 0,56 | 3 | 1,67 | 3 | 1,67 | 1 | 0,55 | 12 | 6,66 |
| 19.- | 4 | 2,22 | 2 | 1,11 | 1 | 0,56 | 2 | 1,11 | 3 | 1,66 | 12 | 6,66 |
| 20.- | 2 | 1,11 | 4 | 2,22 | 3 | 1,67 | 2 | 1,11 | 1 | 0,55 | 12 | 6,66 |
| 21.- | 2 | 1,11 | 5 | 2,78 | 3 | 1,67 | 1 | 0,56 | 1 | 0,55 | 12 | 6,66 |
| 22.- | 2 | 1,11 | 2 | 1,11 | 7 | 3,89 | 0 | 0,00 | 1 | 0,55 | 12 | 6,66 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| 23.- | 5 | 2,78 | 1 | 0,56 | 2 | 1,11 | 0 | 0,00 | 4 | 2,22 | 12 | 6,66 |
| 39.- | 4 | 2,22 | 3 | 1,67 | 3 | 1,67 | 2 | 1,11 | 0 | 0 | 12 | 6,66 |
| 40.- | 3 | 1,67 | 1 | 0,56 | 8 | 4,44 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 12 | 6,66 |
| 41.- | 1 | 0,56 | 4 | 2,22 | 1 | 0,56 | 4 | 2,22 | 2 | 1,11 | 12 | 6,66 |
| 42.- | 1 | 0,56 | 4 | 2,22 | 5 | 2,78 | 2 | 1,11 | 0 | 0 | 12 | 6,66 |
| 43.- | 1 | 0,56 | 2 | 1,11 | 1 | 0,56 | 4 | 2,22 | 4 | 2,22 | 12 | 6,66 |
| 44.- | 1 | 0,56 | 1 | 0,56 | 1 | 0,56 | 2 | 1,11 | 7 | 3,88 | 12 | 6,66 |
| TOTAL | 30 | 17 | 38 | 21 | 54 | 30 | 34 | 19 | 24 | 13 | 180 | 100 |

GRAFICO N° 21

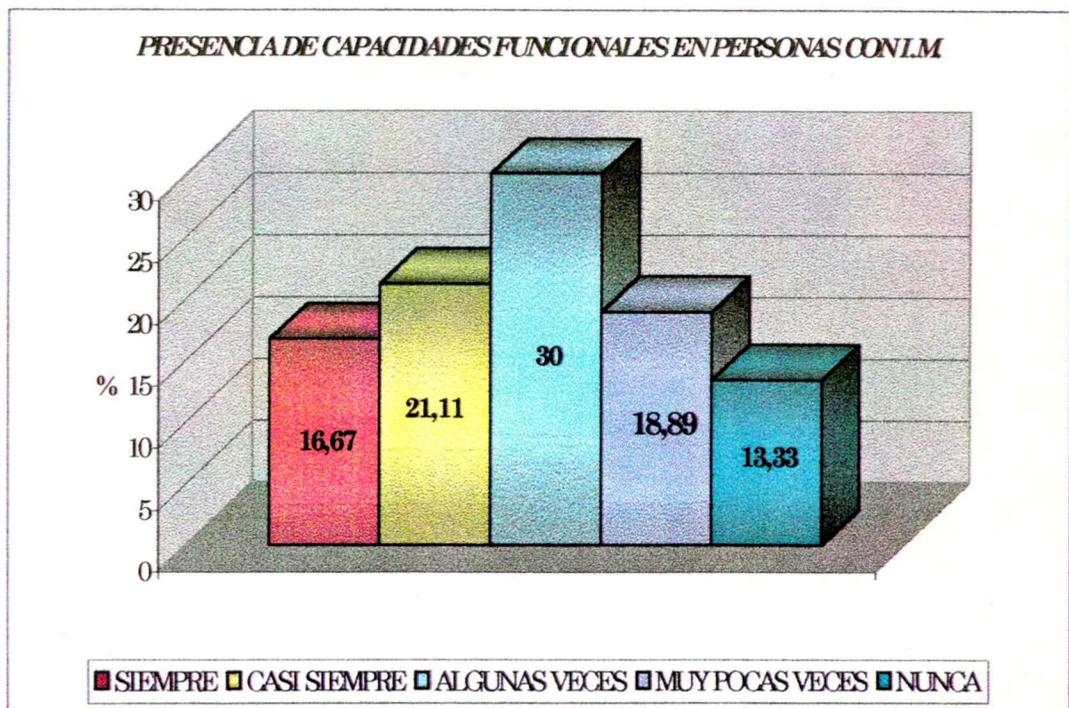


TABLA N° 22

Presencia de Características Psicosociales que determinan la situación actual de los pacientes que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| SITUACIÓN | SIEMPRE | | CASI SIEMPRE | | ALGUNAS VECES | | MUY POCAS VECES | | NUNCA | | TOTAL | |
|-----------|---------|------|--------------|------|---------------|------|-----------------|------|-------|------|-------|------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| 12.- | 3 | 1,19 | 7 | 2,78 | 2 | 0,79 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 13.- | 4 | 1,59 | 3 | 1,19 | 4 | 1,59 | 1 | 0,40 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 14.- | 3 | 1,19 | 6 | 2,38 | 2 | 0,79 | 1 | 0,40 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 15.- | 4 | 1,59 | 7 | 2,78 | 1 | 0,40 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 16.- | 3 | 1,19 | 3 | 1,19 | 6 | 2,38 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 17.- | 3 | 1,19 | 3 | 1,19 | 1 | 0,40 | 4 | 1,59 | 1 | 0,40 | 12 | 4,76 |
| 24.- | 1 | 0,40 | 5 | 1,98 | 6 | 2,38 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 25.- | 6 | 2,38 | 6 | 2,38 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 26.- | 1 | 0,40 | 5 | 1,98 | 5 | 1,98 | 0 | 0,00 | 1 | 0,40 | 12 | 4,76 |
| 27.- | 1 | 0,40 | 2 | 0,79 | 7 | 2,78 | 2 | 0,79 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 28.- | 1 | 0,40 | 2 | 0,79 | 7 | 2,78 | 2 | 0,79 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 29.- | 1 | 0,40 | 3 | 1,19 | 3 | 1,19 | 3 | 1,19 | 2 | 0,79 | 12 | 4,76 |
| 30.- | 5 | 1,98 | 6 | 2,38 | 1 | 0,40 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 31.- | 6 | 2,38 | 5 | 1,98 | 1 | 0,40 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 32.- | 0 | 0,00 | 5 | 1,98 | 6 | 2,38 | 1 | 0,40 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 33.- | 0 | 0,00 | 6 | 2,38 | 5 | 1,98 | 1 | 0,40 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 34.- | 0 | 0,00 | 7 | 2,78 | 5 | 1,98 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 35.- | 0 | 0,00 | 5 | 1,98 | 5 | 1,98 | 2 | 0,79 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------|
| 36.- | 0 | 0,00 | 3 | 1,19 | 7 | 2,78 | 2 | 0,79 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 37.- | 0 | 0,00 | 5 | 1,98 | 5 | 1,98 | 2 | 0,79 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| 38.- | 0 | 0,00 | 5 | 1,98 | 5 | 1,98 | 2 | 0,79 | 0 | 0,00 | 12 | 4,76 |
| TOTAL | 42 | 17 | 99 | 39 | 84 | 33 | 23 | 9,1 | 4 | 1,6 | 252 | 100 |

GRAFICO N° 22

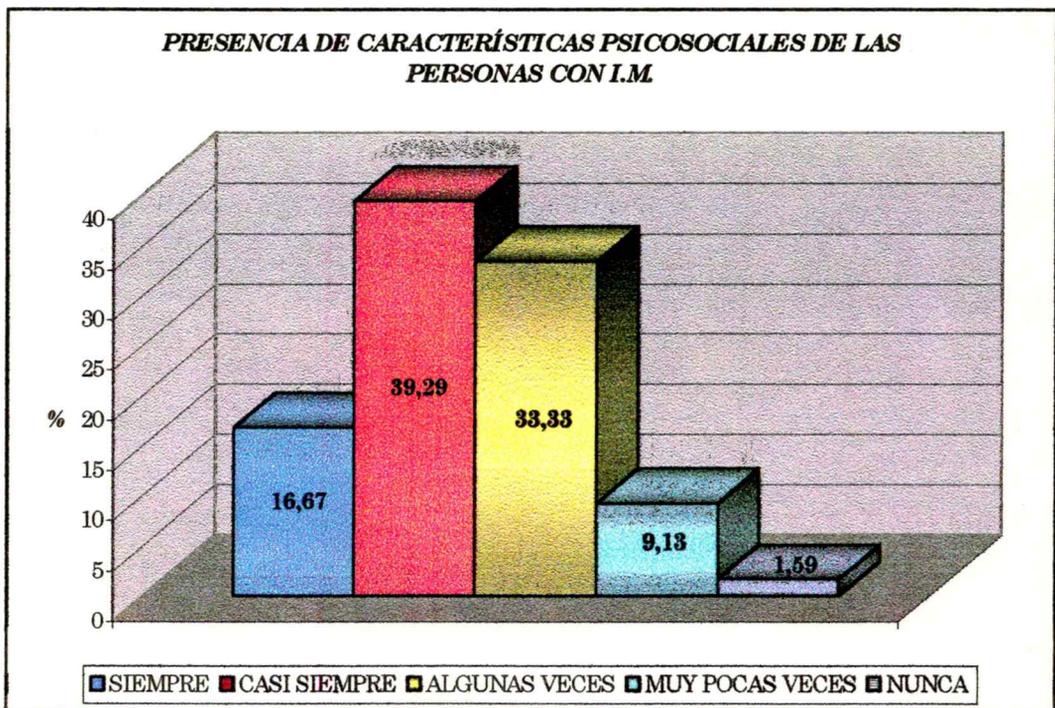


TABLA N° 23

Distribución numérica y porcentual de la Calidad de Vida de las personas que sufrieron I.M. durante el periodo 1996-1998 y residen en el partido de Gral. Villegas.

| SITUACIÓN | SIEMPRE | | CASI SIEMPRE | | ALGUNAS VECES | | MUY POCAS VECES | | NUNCA | | TOTAL | |
|----------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|-----------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| SINTOMAS | 8 | 1,52 | 15 | 2,84 | 30 | 5,68 | 28 | 5,30 | 15 | 2,84 | 96 | 18,18 |
| CAPACIDAD FUNCIONAL. | 30 | 5,68 | 38 | 7,20 | 54 | 10,23 | 34 | 6,44 | 24 | 4,55 | 180 | 34,09 |
| CARACTER. PSICOSOC. | 42 | 7,95 | 99 | 18,75 | 84 | 15,91 | 23 | 4,36 | 4 | 0,76 | 252 | 47,73 |
| TOTAL | 80 | 15 | 152 | 29 | 168 | 32 | 85 | 16 | 43 | 8,1 | 528 | 100 |

GRAFICO N° 23

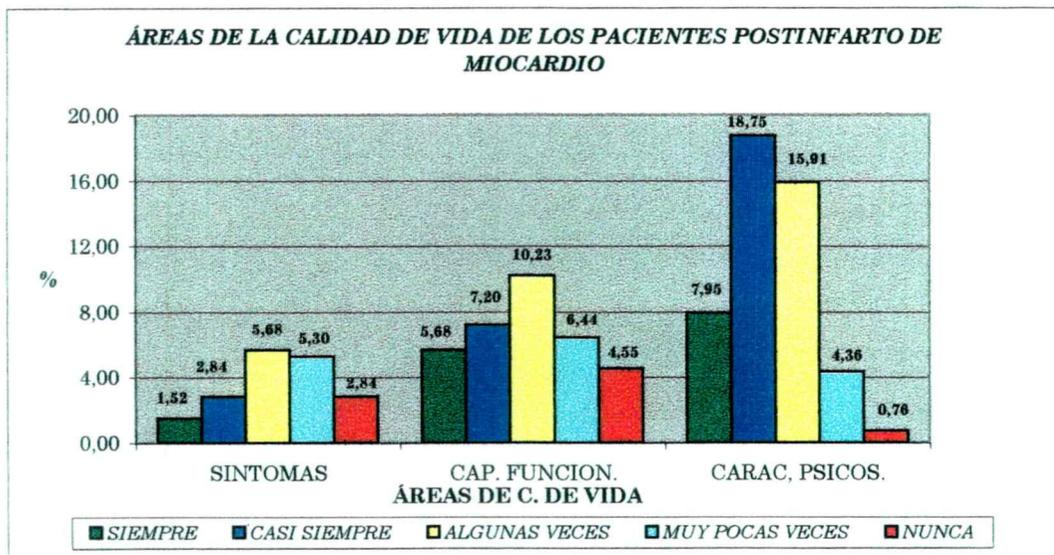
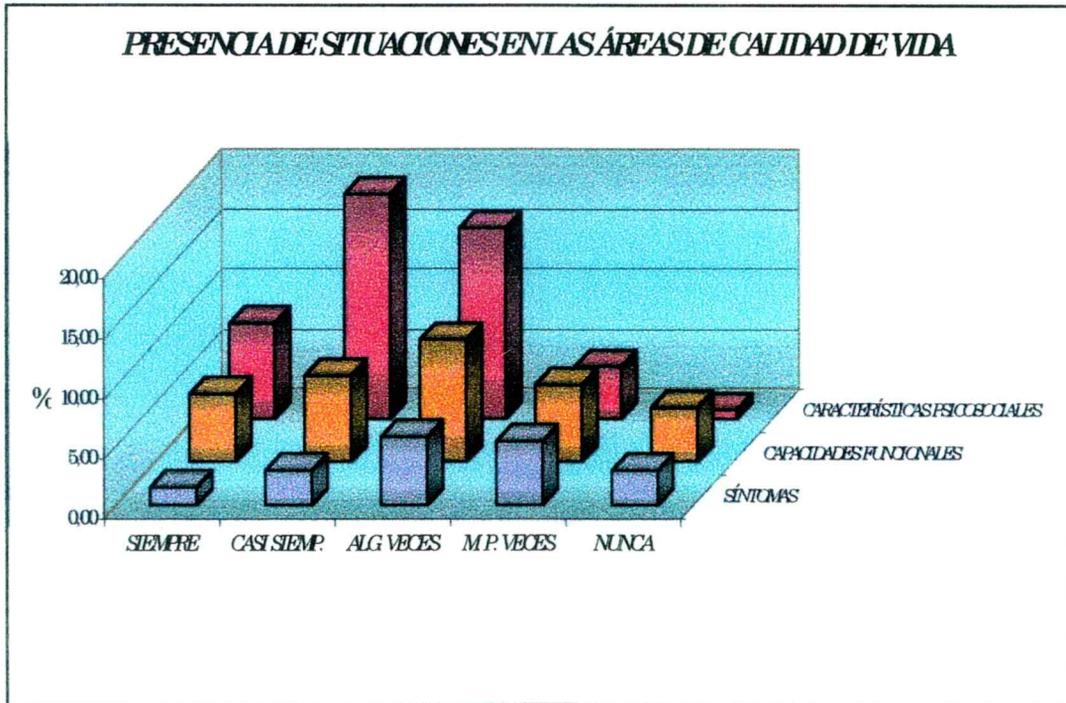


GRAFICO N° 24



En el presente apartado se llevará a cabo el análisis e interpretación en forma conjunta de los resultados obtenidos. Lo que se puede resumir en las siguientes afirmaciones:

➤ Se observa un mayor porcentaje 33 %, de personas entre 70 y 80 años que sufren I.M., mientras que en edades inferiores la incidencia de la patología es menor (TABLA N°3).

Teniendo en cuenta que pertenecer al sexo masculino es un factor de riesgo, podemos afirmar que los resultados lo denotan. Si observamos la TABLA N° 4 comprobamos que el 75% de la población con I.M., pertenecen al sexo masculino. Pero si nos remitimos a la TABLA Y GRÁFICO N° 5 vemos que entre los 40 y 70 años predomina el número de personas del sexo masculino. En la mujer a partir de la menopausia el riesgo se incrementa progresivamente alcanzando en los años posteriores (70 años en adelante) las mismas cifras que en el varón.

➤ Si observamos la TABLA N°6 comprobamos que el 83 % de las personas con I.M. viven con sus familiares, mientras que el 17 % restante viven solos. Si nos remitimos a la sábana que corresponde a la encuesta, esto se relaciona con que quienes viven solos son las personas de mayor edad.

➤ Otro factor de riesgo tiene que ver con los antecedentes familiares, en la TABLA N° 7 se registran datos pocos significativos para nuestro estudio. Observando que un 33 % de las personas, desconocen la presencia de antecedentes cardíacos en sus familias.

- La TABLA N° 8, que nos muestra la ocupación de las personas con I.M. denota una baja incidencia de personas con profesión, alcanzando un mayor porcentaje aquellas que se dedican a oficios o idóneas en un área determinada. Esto se halla íntimamente relacionado con la ubicación geográfica de la población, ya que generalmente se ocupan de tareas rurales.
- El 67 % de los pacientes, fumaban con anterioridad al episodio cardíaco y como consecuencia del mismo, el 59 % abandonó dicho hábito. Un dato significativo con respecto a lo señalado es lo que refleja el ítem 7 del cuestionario, el cual hace referencia al “deseo de fumar”, el promedio de las respuestas obtenidas nos da como resultado que las personas sienten MUY POCAS VECES (2) el deseo de fumar.
- En las TABLAS N° 11 Y 12, no se observan modificaciones relacionadas con el diagnóstico de la presencia de colesterol en la sangre. Un dato significativo es que el 25 % de los pacientes desconocían la posibilidad de poseer un factor de riesgo cardíaco.
- Similar a lo expuesto en el párrafo anterior es lo que ocurre en las tablas correspondientes a diabetes (N° 13 y 14), si bien se observa una leve modificación en el diagnóstico (17%), no se modifica el porcentaje (25%) de personas afectadas que desconocían sus posibilidades de padecer un factor de riesgo cardíaco.
- Con respecto a las tablas referentes a peso corporal no se observan modificaciones relacionadas con el momento del episodio cardíaco, pero si es importante destacar que el 75 % de la población se encuentra por encima del

peso ideal. Esto lo podemos relacionar con el ítems 6 del cuestionario, el cual hace referencia a que las personas CASI SIEMPRE les cuesta seguir con el régimen de alimentación.

➤ El 33 % de las personas realizaban actividad física con anterioridad al episodio cardíaco, aunque si bien luego del mismo éste comportamiento se ha modificado alcanzando al 66 % las personas que realizan actividad física, es importante mencionar que si tenemos en cuenta el promedio obtenido en las respuestas del cuestionario, vemos que las personas postinfarto de miocardio “CASI SIEMPRE” sienten inseguridad acerca de cuanto ejercicio debería hacer.

➤ Los datos anteriormente expuestos tienen como objetivo comparar la presencia o no de Factores de Riesgo en relación con el episodio cardíaco, con el fin de determinar si éste hecho traumático conlleva a un cambio de hábitos de los pacientes. Se encuentran modificaciones en el consumo de cigarrillos, y en la actividad física, no ocurre lo mismo con la diabetes, y el colesterol. Esto encuentra relación con el promedio de respuestas obtenido en las ítems 6 y 8 del cuestionario, donde las personas refieren que “CASI SIEMPRE” encuentran presentes las siguientes situaciones: “me cuesta seguir el régimen de alimentación” y “me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer”.

➤ En la TABLA N° 19 se presenta los datos correspondientes al tiempo de evolución de la patología, en la cual se observa que el mayor % de personas con I.M. no sobrepasan los 18 meses de haber sufrido el episodio cardíaco, disminuyendo notablemente el % que supere dicho tiempo.

➤ En la TABLA Nº 20 correspondiente a la presencia de SÍNTOMAS en pacientes postinfarto de Miocardio, comprobamos que alrededor del 70 % de las respuestas obtenidas se encuentran repartidas de la siguiente forma: el 31 % refiere que “ALGUNAS VECES” encuentra los síntomas detallados presentes, las personas se sienten más cansadas, les cuesta levantarse por las mañanas, sienten que toman demasiados medicamentos, les cuesta seguir con el régimen de alimentación y se sienten inseguros acerca de cuánto ejercicio deberían hacer. El 30 % refiere que tiene dolor en el pecho, siente fatiga o nota que respira mal y echa de menos el fumar y el 15 % restante refiere que “NUNCA” encuentra presente los síntomas señalados.

➤ Cuando nos referimos a las CAPACIDADES FUNCIONALES (sueño y descanso, movilidad y tiempo de ocio y trabajo) observamos una leve desviación por encima de la respuesta media (3, la situación se encuentra presente algunas veces), el 70 % de la población se encuentra comprendida entre las respuestas “MUY POCAS VECES” (29,17%), “ALGUNAS VECES” (31,25%), y “CASI SIEMPRE” (15,63%), dentro de éste área podemos destacar que los ítems más afectados son los relacionados a “movilidad” y “tiempo de ocio y trabajo”.

Si analizamos la “movilidad” de los pacientes que sufrieron I.M. podemos ver que han reducido su nivel de actividad en la casa, las salidas son menos frecuentes y de menor distancia. Si nos remitimos al “tiempo de ocio y trabajo” podemos ver en la sábana correspondiente a los datos de la encuesta que el episodio cardíaco no modificó el tipo de ocupación, pero si la intensidad de la misma, el promedio de respuestas obtenido refiere que “CASI SIEMPRE” las

personas se dedican a pasatiempos pasivos, que trabaja menos horas que antes o se dedican más a trabajos ligeros, esto se contrapone con las siguientes respuestas las cuales refieren que “MUY POCAS VECES” desean no volver a trabajar o tener un trabajo diferente y “ALGUNAS VECES” no trabajan en nada.

➤ Si analizamos las CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES, comprobamos que éste área de la Calidad de Vida es la más afectada por el episodio cardíaco, a partir del análisis de la TABLA N° 22, determinamos que más del 89% respondieron que las situaciones evaluadas se encuentran “SIEMPRE”, “CASI SIEMPRE” y “ALGUNAS VECES” presentes.

Los componentes de dicha área son: comportamiento emocional, proyectos de futuro, relaciones sociales, comportamiento de alerta y comunicación. Si observamos los datos obtenidos con el cuestionario en relación con “el comportamiento emocional” comprobamos que el promedio de respuesta se encuentra alrededor de la respuesta 4, la cual refiere que las personas que sufrieron I.M. “CASI SIEMPRE” se encuentran emotivos, reaccionan en forma nerviosa o irritable con los demás y consigo mismo.

En cuanto a “proyectos de futuro” vemos que las personas “CASI SIEMPRE” tienen miedo a morir y “ALGUNAS VECES” sienten que son una carga para su familia y no realizan proyectos para su futuro.

En el componente, “relaciones sociales” existen tres ítems que merecen ser mencionados y esto es que las personas que sufrieron I.M. refieren que “SIEMPRE” encuentran presentes las siguientes situaciones: que el dinero es

insuficiente para cubrir las necesidades básicas, así como también para los gastos extras y que ha descendido su actividad sexual a causa del problema cardíaco. El médico asesor refiere que generalmente es la pareja de la persona con I.M. quién siente mayor temor a mantener relaciones sexuales.

Con respecto a los demás ítems de dicho componente, las personas refieren que “ALGUNAS VECES” sienten que los cuidados de su familia son exagerados, que ha disminuido las relaciones con otras personas, así como también se aísla lo más posible de su familia.

Cuando observamos los promedios de las respuestas obtenidas con el cuestionario en “comportamiento de alerta” y “comunicación” comprobamos que hacen referencia a que las personas sienten que “ALGUNAS VECES” se olvidan de las cosas, tienen dificultades para razonar y resolver problemas, o que reacciona con mayor lentitud a lo que dicen, que se encuentra menos comunicativo, por lo cual debe esforzarse para mantener una conversación.

➤ En la TABLA N° 23 y en los GRAFICOS N° 23 y 24 se presentan los datos correspondientes a la CALIDAD DE VIDA de los pacientes postinfarto de Miocardio, a partir de la observación de los mismos se puede mencionar que el área más afectada es la correspondiente a las “Características Psicosociales”, en dónde del 48 % comprobamos que el 16 % refiere que “ALGUNAS VECES” y el 19 % “CASI SIEMPRE” encuentran presentes las situaciones que la describen y el 8 % siente que “SIEMPRE” se encuentran presentes dichas situaciones.

Lo continúa en prioridad las “CAPACIDADES FUNCIONALES”, éste área está compuesta por el 34 % de las situaciones que componen el cuestionario, a partir de las mismas se deduce que el 10 % de las personas refieren que “ALGUNAS VECES” encuentran presentes dichas situaciones, mientras que el 7 % manifiesta que “CASI SIEMPRE” y el 6 % “SIEMPRE” encuentran presentes éstas situaciones.

Y por últimos se encuentran los “SÍNTOMAS”, en éste área no se encuentran grandes variaciones en relación con el episodio cardíaco, ya que del 18 % de las situaciones que la componen el 6 % y el 7 % refieren que “ALGUNAS VECES” y “MUY POCAS VECES” respectivamente, encuentran presentes dichas situaciones.

CONCLUSION

CONCLUSION

Al culminar con la investigación se puede concluir que:

La CALIDAD DE VIDA de las personas mayores de 40 años que sufrieron I.M. durante el período 1996-1998, y residen en el partido de General Villegas, disminuye notablemente como consecuencia del episodio cardíaco. Esta disminución no es uniforme en todas las áreas afectadas, sino que las modificaciones se encuentran en estrecha relación con las características particulares de la población seleccionada.

Resulta dificultoso establecer la intervención de las variables mencionadas, ya que si bien el tamaño de la muestra es pequeño para realizar generalizaciones, la misma es significativa en función del área dónde se desarrolla la investigación. Por lo que se pretende realizar un análisis cualitativo acerca de la incidencia de las mismas en la Calidad de Vida de los pacientes con cardiopatías, teniendo en cuenta las sábanas de recolección de datos y la experiencia formada durante la investigación. Además es importante recordar que el concepto de Calidad de Vida es algo dinámico y complejo, que todas las personas construyen, y en el que las condiciones son diferentes de una persona a otra (estilo de vida), existiendo la influencia de múltiples variables tales como: la cultura, los valores personales, el apoyo social, las oportunidades que el ambiente ofrece, etc..

Si nos referimos al área de SÍNTOMAS no se observan grandes variaciones en relación con el episodio cardíaco, esto se relaciona con el hecho que las personas que componen la muestra realizan control médico periódico. El

médico prescribe el régimen de alimentación y el ejercicio físico que deberían realizar, pero al paciente se le presentan dificultades continuar con los mismos. Esto nos demuestra que no es suficiente poseer la información, sino que además es necesario el buen manejo de la misma complementado con un “Plan Integral” cuyos objetivos puedan ser cumplimentados a través de un seguimiento continuo. Es de suma importancia el control de los mismos para favorecer la ejecución de las actividades seleccionadas, ya que la presencia o ausencia de síntomas influirán directamente en el menor o mayor costo energético requerido.

Con respecto a las CAPACIDADES FUNCIONALES encuentran sus modificaciones más significativas en lo que hace a la “movilidad” y “tiempo de ocio y trabajo”. Si bien se puede inferir que la edad modifica la movilidad, al observar los datos arrojados por las sábanas de recolección de datos comprobamos: por ej. que la muestra N° 5 (que es la de mayor edad) encuentra “siempre” presentes la mayoría de los ítems pertenecientes a movilidad y las muestras N°4 y 8 (que son las de menor edad) si bien hay menos presencia de dichas situaciones, son muy dispares los datos arrojados por las mismas, los que también pueden estar afectados por el tipo de ocupación.

Ocurre lo mismo si tenemos en cuenta el tiempo de evolución de la patología, si comparamos las muestras N°5 y 7 con las muestras N°9 y 10 en el área perteneciente a síntomas no se observan grandes variaciones, como así tampoco en el área de las capacidades funcionales o en las características psicosociales.

Como es de esperar se encuentra una estrecha relación entre la movilidad y el tiempo de ocio y trabajo, las muestras más afectadas en uno de los componentes

también presentan similar afección en el otro. Esto es importante tenerlo en cuenta en el momento de implementar un Programa de Rehabilitación Cardíaca, ya que es función de los Terapeutas Ocupacionales contribuir a la adaptación en la vida diaria en tres áreas: la función física, la imagen psicológica y el bienestar social.

Son importantes los datos recogidos en “tiempo de ocio y trabajo”, ya que como mencionamos en el apartado anterior las personas conservan sus anteriores ocupaciones pero refieren que “casi siempre” se dedican más a pasatiempos pasivos y que “algunas veces” se dedican a trabajos más ligeros que antes de sufrir el I.M. y “muy pocas veces” desean una actividad diferente a la que tienen o desean no volver a trabajar. Esto se debe a que sus elecciones están relacionadas con el componente volicional, es decir, que las personas desean continuar con sus anteriores ocupaciones (teniendo en cuenta las edades y el área geográfica donde se encuentran ya que las posibilidades que ésta les ofrece no son muy amplias) debido a que conocen sus influencias sobre el ambiente desempeñándose desde dicho rol. De lo expuesto se puede deducir que si bien mantienen su rol ocupacional, la eficacia de éste en su ámbito cultural ha disminuido como consecuencia del episodio cardíaco, por lo que se le debe proporcionar las oportunidades para que se desempeñe en forma eficaz y competente.

El área de la CALIDAD DE VIDA más afectada como consecuencia del episodio cardíaco y que requiere mayor dedicación del equipo de rehabilitación es la de las CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES. De ésta podemos deducir que las personas que sufren I.M. encuentran un cambio de roles en la familia, sienten que éstos se vuelven sobreprotectores, y que abandonan el sistema de soporte social. Por lo que se les debe proveer las oportunidades para incrementar la

autoimagen; proveer de grupos de discusión o consulta en donde puedan compartir sus experiencias con personas de similares características; así como también de grupos de educación acerca de temas relacionados con la salud y la calidad de vida. En resumen se les deben proveer aquellas estrategias que le aseguren al paciente con cardiopatía su socialización dentro de su grupo cultural y que aseguren el desempeño satisfactorio de las rutinas diarias, así como también lo apoyen en el desarrollo eficaz de los roles deseados.

A partir del análisis de la recopilación bibliográfica a quedado demostrado la diferencia de los costos económicos entre la implementación de un Plan de Prevención Secundaria y un Plan de Prevención Primaria ¿por qué quienes son los encargados de implementar dichas políticas sanitarias no destinan los recursos necesarios para llevar a cabo a éstos últimos?

Por lo anteriormente expuesto, se concluye que la implementación de un “Plan Integral de Rehabilitación” llevado a cabo por un equipo interdisciplinario especializado en el área, dará como resultado la modificación de situaciones por parte del paciente y su familia, las cuales mejorarán la CALIDAD DE VIDA de los cardiópatas y disminuyendo así la presencia de Factores de Riesgo.

Dada la complejidad del tema abordado son varias las problemáticas que resultaría interesante continuar investigando, por ejemplo: se propone la realización de estudios con similares características aplicados a otras poblaciones, como puede ser la implementación del cuestionario de Velasco y del Barrio en poblaciones urbanas a fin de comparar la Calidad de Vida de ambas poblaciones. También se propone la implementación de dicho cuestionario en la misma población, luego de un “Plan Integral de Rehabilitación”, entre otras.

Para finalizar, se destaca la importante formación obtenida durante la realización del presente trabajo, y se espera pueda constituir un valioso aporte en la formación de los Terapeutas Ocupacionales, así como también para otras disciplinas.

ANEXO A

ENCUESTA

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:.....

SEXO:.....

NACIONALIDAD:..... LUGAR DE RESIDENCIA:.....

PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE:.....

ANTECEDENTES FAMILIARES:.....

MEDICO TRATANTE:.....

ANTES DE SUFRIR I.M.

OCUPACION:.....

FUMABA: SI - NO CIGARRILLOS POR DIA..... FECHA DE SUSPENSION...../...../.....

COLESTEROL:..... DIABETES:

PRESION ARTERIAL: MAX: MIN:.....

PESO: PESO IDEAL:..... TALLA:.....

ACTIVIDAD FISICA: SI - NO TIPO:..... FRECUENCIA:.....

DESPUES DE SUFRIR I.M.

FECHA DEL I.M.:/...../..... TUVO ANTERIORES I.M.: NO - SI/...../.....

OCUPACION:.....

FUMABA: SI - NO CIGARRILLOS POR DIA..... FECHA DE SUSPENSION...../...../.....

COLESTEROL:..... DIABETES:.....

PRESION ARTERIAL: MAX:.....MIN:.....

PESO:..... PESO IDEAL:..... TALLA:.....

ACTIVIDAD FISICA: SI -NO TIPO:..... FRECUENCIA:.....

SI USTED:

- DESCONOCE LA RESPUESTA LE COLOCA N/S
- NO DESEA CONTESTARLA LE COLOCA N/C

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDADE VELASCO Y DEL BARRIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SALUD | | | | | |
| 1. Tengo dolor en el pecho..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Tengo fatiga o noto que respiro mal..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Me siento más cansado que antes..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Me cuesta levantarme por las mañanas..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Tomo demasiados medicamentos..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Me cuesta seguir el régimen de alimentación..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Echo de menos el fumar..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| SUEÑO Y DESCANSO | | | | | |
| 9. Me apetece descansar durante la mayor parte del día..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Cuando me siento, doy más cabezadas que antes.. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Duermo peor que antes..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| COMPORTAMIENTO EMOCIONAL | | | | | |
| 12. Río o lloro de repente, sin motivo..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Reacciono de forma nerviosa o inquieta..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| PROYECTOS DEL FUTURO | | | | | |
| 15. Siento miedo a morirme..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. Soy una carga para mi familia..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. No hago planes para mi futuro..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| MOVILIDAD | | | | | |
| 18. He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al Banco, etc. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. Me da miedo conducir mi coche..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Me quedo la mayoría del tiempo en casa..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. He reducido mis salidas lejos de casa..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. Ahora camino distancias más cortas..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. No subo nunca escaleras..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RELACIONES SOCIALES | | | | | |
| 24. Ahora tengo menos relaciones con otras personas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. Ha descendido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26. Reacciono desagradablemente con mi familia..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27. Me aislo lo más que puedo de mi mujer y mis hijos..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28. Encuentro exagerados los cuidados de mi familia. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29. Me siento abandonado por todos..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30. El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. El dinero es insuficiente para los gastos extra..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| COMPORTAMIENTO DE ALERTA | | | | | |
| 32. Reacciono lentamente ante las cosas que se dicen o hacen..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33. Tengo dificultades para razonar y resolver problemas..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34. Olvido muchas cosas recientes, por ejemplo dónde he puesto algo, los nombres, etc. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| COMUNICACIÓN | | | | | |
| 35. Me encuentro menos afectivo o comunicativo..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36. Tengo que esforzarme para mantener una comunicación..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. Se me entiende con dificultad..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38. Mantengo menos conversaciones que antes..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| TIEMPO DE OCIO Y TRABAJO | | | | | |
| 39. Ahora me dedico más a pasatiempos pasivos..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 40. Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41. No trabajo en nada..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42. Ahora trabajo menos horas que antes o hago trabajos más ligeros..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 43. Deseo un trabajo distinto al que tengo..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44. Deseo no volver a trabajar..... | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

REFERENCIAS:

Usted, debe marcar la respuesta que mejor describa su situación actual. Las consignas deben ser contestadas con 1 (uno), de los 5 números que se encuentran en la columna de la derecha.

El 5 representa que la situación está *siempre* presente.

El 4 " " " " está *casi siempre* presente.

El 3 " " " " se da *algunas veces*.

El 2 " " " " aparece *muy pocas veces*.

El 1 " " " " no se presenta *nunca*.

ANEXO B

I. PROTOCOLO DE LA FASE HOSPITALARIA

En el caso de la cardiopatía isquémica, se inicia la fase I generalmente a las 48 hs del inicio del episodio agudo si no hay complicaciones (arritmias malignas, paro cardíaco, etc.) o una vez solucionadas éstas en caso de IAM, o a la semana del último episodio angoroide en caso de angina inestable. En los pacientes intervenidos quirúrgicamente el inicio de ésta fase comienza inmediatamente después de realizada la intervención, aunque algunos autores recomiendan comenzar el aprendizaje de los ejercicios antes de la misma, lo que favorece el posterior entrenamiento y acorta el tiempo de hospitalización.

Los objetivos fundamentales del entrenamiento físico en ésta fase son:

- Evitar el inconveniente principal del reposo prolongado en cama consistente en un descenso importante de la capacidad funcional (CF) con la debilidad física subsiguiente, como consecuencia de la atrofia muscular, lo que ayuda también a continuar el entrenamiento en mejores condiciones en la fase II.
- Evitar las descalcificaciones óseas.
- Evitar las limitaciones a la movilidad que suele suponer la formación de la cicatriz, la acumulación de secreciones bronquiales y/o bronquiectasias, así como la formación de atelectasias, derrames pleurales y parálisis frénica. Esto en el caso de los pacientes post-quirúrgicos.

Para lograr éstos objetivos existe una serie de ejercicios comunes para todos los pacientes que sigue un plan de RC y otros específicos para los pacientes post-quirúrgicos.

Los ejercicios comunes suelen consistir en ejercicios calisténicos suaves, como movimientos de brazos y piernas para mantener el tono muscular y movilizar las articulaciones, y ejercicios respiratorios que ayudan a controlar la respiración y a acompañar la misma con los ejercicios gimnásticos, lo que sirve de aprendizaje para hacer posteriormente la tabla de gimnasia en la fase siguiente. En el caso de IAM estos son los ejercicios que deben iniciarse a las 48 hs de su inicio o cuando cedan las complicaciones si las hay. Posteriormente, a las 72 hs (del episodio agudo) los pacientes deben comenzar a hacer su aseo, ir al baño y realizar movimientos de marcha progresivos.

Los pacientes post-quirúrgicos deben comenzar inmediatamente, si es posible al día siguiente de la intervención, con los ejercicios comunes, los ejercicios respiratorios y algunos días más tarde con ejercicios de abducción-aducción de brazos, poner los brazos en cruz y llevarlos hacia atrás para evitar que la cicatriz produzca limitaciones a la movilidad, como se indicó anteriormente.

En el caso de los pacientes con CI, sobre todo en el IAM, es conveniente realizar durante la fase I una estratificación del riesgo que ayude a clasificar a los pacientes con vistas a determinar el protocolo que se va a seguir posteriormente en la fase II. Esto puede hacerse simplemente mediante anamnesis, con determinación de factores de riesgo, etc., exploración física y datos recogidos en radiogra-

fías de tórax, ECG y ecocardiograma. Existen en la literatura una serie de tests que sirven para evaluar de manera más somera la cuantificación del riesgo.

Existen, otras pautas de actuación en función del tipo de cardiopatía, de la clasificación funcional del paciente, y de la sobrecarga asistencial o de las posibilidades de trabajo de cada grupo rehabilitador.

La mitad de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio y, en mayor porcentaje, los sometidos a revascularización miocárdica, pueden ser considerados como de bajo riesgo.

En ellos se utilizan pautas diferentes de rehabilitación y de prevención secundaria con el fin de mejorar el pronóstico y su calidad de vida.

Posteriormente resumiré algunos métodos alternativos de actuación desarrollados por distintos grupos de trabajos.

2. PROTOCOLO DE LA FASE DE CONVALESCENCIA

Esta PE precoz es conveniente realizarla lo antes posible desde el punto de vista de la RC, ya que cuanto antes se inicie la fase II mejor recuperará o aumentará la CF. En general, se realiza entre 10-15 días después del IAM, una semana después del último episodio angoroide en caso de angina inestable o entre 7 y 15 días después de la intervención quirúrgica. Sirve para evaluar el efecto del tratamiento médico realizado, si es que se ha creído conveniente realizarlo, ayudar en la estratificación del riesgo y determinar con ello el pronóstico en base a que

aparezcan o no arritmias, signos de disfunción ventricular con el esfuerzo o positividad clínica y/o eléctrica y determinar la CF del paciente para, según la misma, programar la intensidad del entrenamiento en ésta fase.

Generalmente se realiza una PE convencional, lo que sirve para la gran mayoría de los casos.

Siguiendo los resultados obtenidos en los tests y/o exploraciones realizadas en la fase I y el resultado de la PE previa se puede dividir a los pacientes en grupos de riesgo, lo que puede servir para, teniendo en cuenta la falta de espacio y las listas de esperas que existen generalmente en los hospitales, y que es conveniente que los PRC lleguen a la mayoría de los pacientes y no sólo a unos pocos, programar a los pacientes para PRC domiciliario o PRC hospitalario. Evidentemente los pacientes con mayor riesgo serán seleccionados para PRC hospitalario, quedando para RC domiciliaria aquellos que no presenten alteraciones del ritmo y/o la conducción, PE positiva, mala respuesta de la TA al esfuerzo, F.C. pico < 110 lpm y CF < 5 METS.

Una vez realizada la PE previa se inicia el entrenamiento físico en esta fase II, cuyo objetivo fundamental es mejorar la capacidad aeróbica y la CF, poniendo al cardiópata en las condiciones idóneas para volver a desempeñar su vida en las mejores condiciones posibles.

En para llevar a cabo los PRC se deben tener en cuenta 4 factores:

- 1) **Frecuencia del entrenamiento:** desde hace tiempo se ha demostrado que una o dos sesiones por semana no son suficientes para aumentar la capaci-

dad aeróbica y funcional y que más de tres o cuatro no aumenta significativamente la capacidad aeróbica y la CF y sí aumenta mucho el número de episodios traumáticos desarrollados en las sesiones, por lo que la frecuencia idónea del entrenamiento se estima en tres sesiones por semana.

2) ***Duración de cada sesión de entrenamiento:*** la duración del ejercicio necesario para producir una respuesta acondicionante positiva varía en relación inversa a la intensidad del entrenamiento, de modo que cuanto menor sea la intensidad mayor debe ser la duración de la sesión. Se ha demostrado que para alcanzar la intensidad idónea las sesiones deben durar al menos 30 minutos, y que si duran más de 45 minutos no aumenta significativamente más la CF y sí aumenta el número de traumatismos y accidentes.

3) ***Intensidad del entrenamiento:*** para conseguir la intensidad idónea hay que buscar el equilibrio entre la seguridad del entrenamiento y la intensidad para mejorar la CF. La intensidad del entrenamiento se mide por la F.C. de entrenamiento, que es la que hay que alcanzar en cada sesión para conseguir mejorar la CF. Ésta ha variado a lo largo del tiempo, haciéndose progresivamente más intensa, en la mayoría de los casos se siguen las indicaciones de la American Heart Association de 1973, con FC de entrenamiento entre a 60 y un 80 % del VO₂ máx., lo que corresponde aproximadamente a un 75 % - 90 % de la FC alcanzada en la PE previa.

De todas formas, como la FC de entrenamiento se decide en función de la PE previa, ésta es la más importante para programar el entrenamiento. Para no entrar en polémica, lo más importante a tener en cuenta es que todos los pa-

cientes no son iguales en cuanto a la intensidad de ejercicio que pueden soportar, por lo que, quizá lo más conveniente sea dividir a los pacientes por grupos de riesgo, como lo mencionaba anteriormente. Ultimamente se está usando cada vez más la determinación de la FC de entrenamiento en función de PE no convencional, analizando el intercambio gaseoso y determinando el VO₂ máx. y el umbral anaerobio, lo cual puede dar más seguridad si puede medir estos parámetros, ya que entrenando a FC de umbral, si antes no ha habido síntomas y/o signos, se garantiza un entrenamiento aerobio y con ello seguridad del entrenamiento.

También debe tenerse en cuenta que el entrenamiento no debe ser tan duro que produzca el abandono del programa, ya que uno de los problemas de la RC es el alto porcentaje de abandonos.

Las sesiones de entrenamiento físico se dividen en fase de calentamiento, sesión de endurecimiento, que es la que progresivamente va a mejorar la CF, y sesión de enfriamiento, que consiste en movimientos suaves, para evitar reacciones vagales. Los pacientes son entrenados a autocontrolarse el pulso para que posteriormente continúen realizando el entrenamiento en su domicilio a la FC de entrenamiento que se le prescriba.

Los ejercicios deben ser fundamentalmente aerobios y dinámicos o isotónicos, aunque últimamente se ha demostrado la eficacia de ejercicios estáticos o isométricos, siempre que sean de poca intensidad. En base a ello, el fisioterapeuta del grupo de RC de la CAM ha diseñado una tabla de gimnasia, en la que se realizan ejercicios isométricos suaves.

4) **Especificidad del entrenamiento:** como lo que se pretende es volver al paciente a la vida normal y, si es posible, a su trabajo, y las sesiones pueden no relacionarse con el trabajo habitual de algunos pacientes. Algunos autores americanos proponen sesiones de entrenamiento de los músculos específicos que manejan habitualmente los pacientes en su vida cotidiana, controladas mediante las llamadas PE reales, algunos autores franceses proponen sesiones de Terapia Ocupacional.

"Los movimientos que componen una sesión de actividad física, deben ser utilitarios al máximo y no tienen valor si no pueden ser transferidos a la vida cotidiana, aumentando las destrezas del paciente para cumplir las diferentes tareas de la vida diaria."

3. OTROS PROTOCOLOS

♥ REHABILITACIÓN CARDÍACA EN LEÓN (COMPLEJO HOSPITALARIO DE LEÓN)

Introducción

Desde el año 1991 se comenzó la rehabilitación en éste centro, agotando sucesivas etapas de progreso en la misma. Se comenzó por un programa de caminata autocontrolada y en la actualidad se lleva a cabo un programa de rehabilitación en la fase aguda, en la etapa extrahospitalaria y ya se ha constituido un club

de coronarios para el seguimiento crónico de los pacientes rehabilitados. La patología rehabilitada es únicamente el paciente postinfarto.

Programa de rehabilitación

Primera etapa

Se inicia en la unidad coronaria, una vez que el paciente está asintomático. Se le lee o se le deja leer una hoja informativa en la que se le orienta del lugar donde se encuentra, la enfermedad que padece y el curso habitual de su estancia hospitalaria, así mismo se le administra sedación medicamentosa.

El segundo día en la unidad coronaria se le sigue administrando sedación nocturna y durante el día se permite el entretenimiento (lectura, radio, etc.). Se realizan ejercicios físicos acostados, estiramientos y se permite oír una casete con técnica de relajación.

El tercer y cuarto día se continúan con la sedación, entretenimiento, ejercicios físicos (con el paciente sentado) y estiramientos y casete de relajación.

El paciente tiene un cuadernillo en el que se incluyen una hoja informativa con los consejos de lo que debe y no debe hacer, una dieta para la prevención de la aterosclerosis y las normas para la utilización de solinitrina en spray.

En la planta de cardiología, se realizan sesiones diarias de dinámica de grupo, donde se intenta que el paciente reconozca sus propios factores de riesgo, se revive la fase aguda del infarto y se comentan las medidas necesarias para corregir los factores de riesgo.

También se realizan sesiones diarias de ejercicios físicos y estiramientos para pacientes que deambulan. Así mismo, se cumplimentan 4 tests psicológicos (test de Borner, inventario de Buss-Durkee, test de actividad de Borner y test de depresión), se realizan sesiones de relajación y se pasan dos días por semana videos formativos.

A su alta se le entrega un protocolo de caminata progresiva (tabla 3 y 4), que se controla el paciente con el pulso.

Segunda etapa

El paciente acude al hospital 3 días por semana para seguir realizando los ejercicios físicos y los estiramientos. Todas las semanas hay una charla formativa. Una vez al mes se realiza una sesión de dinámica de grupo con los pacientes y sus familiares. El paciente realiza por su propia cuenta el protocolo de caminata auto-controlada.

Tercera etapa

Los pacientes que lo desean, se afilian a la Asociación Leonesa para la prevención de las Enfermedades del Corazón (asociación benéfica), en la que los pacientes continúan realizando las actividades que realizaban en la segunda etapa, de forma crónica.

♥ PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN CARDÍACA GLOBAL (FASE II-III)

**(CARDIOCERC, CENTRE D'ENTRENAMENT I REHABILITACIÓ
CARDIOLÓGICA. BARCELONA)**

Se inicia entre la 4ª y la 6ª semanas después del evento cardiológico. La duración del programa es 4 meses.

Consta de un programa de rehabilitación física, psicológica y de información y prevención.

Antes del inicio se efectúa una evaluación completa del paciente que incluye: anamnesis e historial clínico del paciente, exploración física, electrocardiograma, analítica general y prueba de esfuerzo. Quedan excluidos del programa todos aquellos pacientes con situación clínica inestable que son tributarios de otra terapéutica. La prueba de esfuerzo se repite a las 8 semanas y al final del programa, para valorar los aspectos relacionados con el ejercicio físico, asimismo, se realiza una nueva determinación analítica al final del programa. Una vez finalizado se remite un informe detallado de las variaciones en las tres áreas (física, psicológica y de información y prevención) al cardiólogo del paciente.

Tipos de programa (fase II-III)

1. Programa de rehabilitación cardíaca global impartido en el centro.
2. Programa de rehabilitación cardíaca domiciliaria supervisado por el centro.

1. Programa de rehabilitación cardíaca global impartido en el centro.

Área de rehabilitación física

Fase II: según el resultado de la prueba de esfuerzo (protocolo de Bruce) se distribuyen los pacientes en grupos de 8 y en tres niveles deferentes, según su capacidad física, estableciéndose la frecuencia cardíaca (FC) de entrenamiento máxima, entre el 65/68 % de la frecuencia cardíaca teórica máxima (FCTM), cuando la prueba de esfuerzo ha sido negativa submáxima. Si la prueba de esfuerzo ha resultado positiva, el paciente no sobrepasa el 85 % de la frecuencia alcanzada en la prueba de esfuerzo.

En todos los grupos de entrenamiento se efectúa el control de la tensión arterial (TA) durante el trabajo aeróbico y de la FC mediante telemetría. El control telemétrico se mantiene durante los dos primeros meses, suprimiéndolo o no después según la evolución clínica del paciente.

Las sesiones de 45-55 minutos de duración se efectúan a días alternos, constan de un precalentamiento global, seguido de un trabajo de tonificación muscular; posteriormente se realiza un circuito de trabajo aeróbico cardiovascular alternando bicicleta ergométrica, cinta de carrera y escaleras. Se finaliza con estiramiento de los grupos musculares.

Fase III: después de los 4 meses del programa de rehabilitación global, a modo de mantenimiento.

Las sesiones de entrenamiento físico tienen la misma periodicidad, duración y estructura que en la fase II, incrementando la intensidad y dificultad de los ejercicios.

Area de rehabilitación psicológica.

Fase II:

A. Entrevistas individualizadas con el psicólogo clínico:

- Al inicio del programa

Primer contacto.

Recogida básica de datos. Edad, profesión, situación laboral, entorno familiar, tipo de personalidad, vivencia de su cardiopatía, grado de aceptación de su enfermedad y de los nuevos hábitos de vida.

Valoración del nivel de motivación y tipo de personalidad: permitirá valorar la influencia sobre el grupo y la de éste sobre el paciente.

- Al final del programa:

Valoración de la evolución psicológica del paciente.

Valoración del grado de satisfacción en la utilización de las técnicas de relajación, de las terapias de grupo y del programa de información.

B. Cuestionarios psicológicos al inicio y al final del programa:

Inventario de actividad de Jenkins (JAS).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Escala para la depresión de Zung-Conde.

C. Técnicas de relajación:

Fase inicial: toma de conciencia, exploración y liberación de tensión.

Entrenamiento en la respiración.

Relajación progresiva de Jacobson.

Relajación con el método de entrenamiento autógeno de Shultz.

Se realizan en el centro una vez por semana, después de la sesión física y su duración aproximada es de 15 minutos. Se combinan los ejercicios de tensión-distensión muscular y respiración profunda, con ejercicios a nivel cognitivo de visualización/imaginación, introduciendo variaciones para mantener la atención y evitar la monotonía.

Se facilita al paciente además un casete con el programa grabado, con el fin de que practique también en su domicilio.

D. Dinámica de grupo

Se tratará de un grupo terapéutico-experiencial para cambiar o modificar actitudes personales o estilos de vida, a partir de las propias experiencias y de las del resto del grupo, sobre todo en lo concerniente al problema cardiológico.

Incluye:

1. Entrenamiento de asertividad;
2. Técnicas de solución de problemas;
3. Técnicas de autocontrol (detección del pensamiento, administración del tiempo, etc.);
4. Reestructuración cognitiva (ideas irracionales);
5. Test de Calidad de Vida de J. A. Velasco y V. del Barrio.

Sesiones de 60 a 75 minutos de duración, con una frecuencia quincenal.

Fase III:

Mantener la intervención psicológica realizando sesiones de relajación y sesiones de dinámica de grupo.

Programa de información y prevención de la cardiopatía isquémica.

Mediante soporte audiovisual y conferencias impartidas por el personal del centro –cardiólogo, dietista, psicólogo y fisioterapeuta- se desarrolla un programa rotativo con una sesión semanal, durante la fase II.

Temas de programa:

1. El corazón: estructura y función.
2. Angina de pecho e infarto de miocardio.

3. Cateterismo cardíaco.
4. Bypass aortocoronario y angioplastía.
5. Prevención de la cardiopatía isquémica.
6. Hipertensión arterial.
7. El colesterol.
8. Dieta y colesterol.
9. Dieta y obesidad.
10. El tabaco.
11. Ejercicio físico y corazón.
12. Corazón y actividad sexual.
13. Rehabilitación cardíaca y calidad de vida

2. Programa de rehabilitación cardíaca domiciliario, supervisado por el centro.

Este programa incluye la rehabilitación física, psicológica y el curso de información y prevención de los factores de riesgo coronario. Todo el material se entrega dentro de un maletín. El estudio del paciente al inicio, mitad y final del programa es idéntico que en el programa impartido en el centro.

Programa de rehabilitación física.

Video-casete y tablas de ejercicios. Se recalcan los consejos y normas para su realización. Frecuencia y duración de sesiones. Programa de paseos.

Control de los ejercicios mediante pulsómetro.

Existen tres niveles de ejercicio físico según la capacidad de esfuerzo. El cardiólogo indicará el nivel adecuado a cada paciente, según el resultado de la prueba de esfuerzo.

Programa de rehabilitación psicológica

Técnicas de relajación dinámica.

Incluye libro, casetes y las normas para que el paciente pueda realizar este programa.

Programa de información y prevención de los factores de riesgo coronario.

Video-casete informativo sobre los factores de riesgo coronario en general y de la hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo en particular.

Se explican las normas higiénico-dietéticas para combatirlos.

♥ **PROGRAMA PARA EL INFARTO DE MIOCARDIO EN EL GRADY
MEMORIAL HOSPITAL, ATLANTA, GEORGIA.**

Un programa de catorce pasos, llevado a cabo bajo las órdenes directas del médico, se instaura a medida que el paciente progresa a través de las fases iniciales de la recuperación después de un I.M.. Este programa consta de cuatro fases que se describirán a continuación. Se hace avanzar al paciente de acuerdo con su respuesta particular a la actividad en cada etapa o fase.

Fase I. Unidad de atención coronaria.

Se inician actividades físicas de bajo nivel de energía, como las de los pasos 1 al 3 del cuadro.

Fase II. Durante el resto de la hospitalización.

La hospitalización promedio después de un I.M. no complicado es de 21 días. El nivel de actividad se incrementa en forma gradual con el objetivo de llegar a efectuar la autoatención independiente, sentándose, y efectuando ejercicios rítmicos graduados que progresan hasta caminar y finalmente subir escaleras. La educación del paciente y de la familia es parte importante del programa. Se llevan a cabo los pasos del 4 al 14 del programa para pacientes internos (ver cuadro).

Fase III. Fase de convalecencia.

El paciente retorna a su hogar y sigue un programa para incrementar progresivamente la actividad física hasta un nivel que le permitirá reincorporarse al trabajo de 8 a 12 semanas después de un I.M.. Las actividades comprenden ligero trabajo casero, trabajo de escritorio, y caminar, graduando esta última en distancia y velocidad hasta aproximadamente 1,5 a 3 km diario a 4,5 km por hora.

Fase IV. Recuperación y mantenimiento.

El paciente se reincorpora a su trabajo a un nivel ocupacional o de actividad adecuada. Se propicia un mayor aumento de la función cardíaca mediante la participación en programas de salud física en la comunidad. Los objetivos de este período son incrementar la función, disminuir los factores de riesgo, y prevenir la recurrencia de la enfermedad

Cuadro 2-3: Programa de 4 pasos del Grady Memorial Hospital. Rehabilitación de pacientes internos después del infarto de miocardio.

| | EJERCICIO | ACTIVIDAD EN SALA | ACTIVIDAD EDUCACIONAL Y MANUAL |
|--------|---|---|---|
| PASO 1 | Gama de movimientos (GM) pasivos a todas las extremidades (5 c/u); enseñar flexión plantar activa y dorsiflexión de los tobillos para efectuarlas varias veces al día. | Autoalimentarse sentado con la cama levantada a 45°, el tronco y los brazos apoyados en una mesa sobre la cama. | Entrevista inicial y breve orientación al programa. |
| PASO 2 | Ejercicio activo ayudado para la flexión del hombro y la flexión y extensión del codo, flexión, extensión y rotación de la cadera, flexión y extensión de la rodilla, rotación del pie (4 c/u). | 1. Autoalimentarse 2. Atención matutina parcial (lavado de manos y cara, cepillado de los dientes) en la cama. 3. Colgar las piernas y columpiarse en la orilla de la cama. | Ligera actividad recreativa, como leer. |
| PASO 3 | Ejercicio activo ayudado para la flexión del hombro y la flexión y extensión del codo, flexión, extensión y rotación de la cadera, flexión y extensión de la rodilla, rotación del pie (4 c/u). | 1. Comenzar sentándose en una silla durante períodos cortos si lo tolera (2 por día). 2. Bañarse todo el cuerpo. 3. Uso del cómodo junto a la cama | Explicación más detallada del programa. Continuar la recreación ligera |
| PASO 4 | Resistencia mínima, acostado en la cama en la GM señalada (5 c/u). poner tensos todos los músculos al contar 2 (3 c/u). | 1. Aumentar el tiempo que permanece sentado. 2. Cambiarse la bata. | Iniciar la explicación de lo que es un I.M., darle al paciente folletos para que lea; comenzar las actividades manuales: 1) anudar cordones; 2) abrocharse el cinturón; 3) coser a mano, bordar; 4) grabado en cobre. |

| | | | |
|---------|---|---|---|
| PASO 5 | Resistencia moderada en cama a 45°, con los ejercicios GM señalados; manos sobre los hombros efectuando círculos con los codos (5 c/u). | 1. Sentado ad lib. 2. Sentado en la silla junto a la cama para tomar los alimentos. 3. Vestirse, rasurarse, peinarse sentado. 4. Caminar en el cuarto (2 por día). | Continuar la educación acerca de la recuperación cardíaca razones para la restricción temprana de la actividad. |
| PASO 6 | 1. Ejercicios de resistencia más amplios, sentado en el borde de la cama; resistencia manual de la extensión y la flexión de la rodilla (7 por c/movimiento). 2. Caminar hasta el cuarto de baño y retornar. | 1. Caminar hasta el cuarto de baño, ad lib. si el paciente lo tolera. 2. Pararse frente al lavado para rasurarse. | Continuar las actividades manuales o suministrar otras nuevas al paciente. El paciente puede acudir a actividades de grupo en una silla de ruedas durante no más de 1 hora. |
| PASO 7 | 1. Ejercicios de calentamiento: a) brazos en extensión y abducción de los hombros; rotar los brazos juntos en círculo (circunducción), 5 por c/pierna. b) pararse de puntas (10 c/u). c) puede sustituir por adducción, 5 con cada pierna. 2. Caminar a lo largo del vestíbulo de la sala (15 m) y regresar a su cuarto a paso promedio. | 1. Bañarse en tina. 2. Caminar hasta el teléfono o sentarse en la sala (1 vez por día). | Puede caminar hasta las reuniones de grupo en el mismo piso. |
| PASO 8 | 1. Ejercicios de calentamiento a) inclinación lateral (5 c/lado). b) torsión del tronco (5 c/lado). 2. Recorrer 1,5 el vestíbulo, bajar un piso la escalera, tomando el elevador para subir. | 1. Caminar hasta la sala de espera (2 veces por día). 2. Permanecer sentado la mayor parte del día. | Continuar todas las actividades manuales y educacionales previas. |
| PASO 9 | 1. Ejercicios de calentamiento. a) inclinación lateral, (10 para c/lado). b) ligero doblamiento de las rodillas (10 con las manos en las caderas). 2. Aumentar la distancia que se camina y bajar un piso de escalera. | Continuar las actividades anteriores. | Discusión de técnicas para la simplificación del trabajo y el ritmo de actividades. |
| PASO 10 | 1. Ejercicios de calentamiento: a) inclinación lateral con 500 grs de peso (10 para cada lado). b) pararse levantando la pierna, inclinándose contra la pared (5 c/u). 2. Caminar dos veces a lo largo del recibidor y bajar las escaleras, tomando el elevador para subir. | Continuar con las actividades previas. | 1. El paciente puede caminar hasta la sala de T.O. y efectuar trabajos manuales durante ½ hora: a) grabado en cobre; b) trabajos en madera; c) cerámica; d) proyectos de pequeños tejidos; e) martillado en metal; f) mosaicos. 2. Discusión de que ejercicios debe hacer el paciente en su hogar. |

| | | | |
|---------|---|--|--|
| PASO 11 | 1. Ejercicios de calentamiento: a) inclinación lateral con 500 grs de peso, inclinándose contra una pared (10 por c/lado); b) de pie levantar una pierna (5 por c/u); c) torsión del tronco con 500 grs de peso (5 por c/lado). 2. Repetir la parte 2 del paso 10. | Continuar con las actividades previas. | Aumentar el tiempo en la T.O. hasta 1 hora. |
| PASO 12 | 1. Ejercicios de calentamiento: a) inclinación lateral con 1 kg de peso (10 por c/lado). b) de pie levantar una pierna inclinándose contra la pared (10 por c/u). c) torsión del tronco con 1 kg de peso (10 a c/lado). 2. Bajar las escaleras. | Continuar con las actividades previas. | Continuar la actividad contra mayor resistencia. |
| PASO 13 | Repetir todos los ejercicios del paso 12. | Continuar con todas las actividades previas. | Completar todos los proyectos. |
| PASO 14 | 1. Ejercicios de calentamiento: a) inclinación lateral con 1 kg de peso (10 para cada lado). b) torsión del tronco con 1 kg de peso (10 por cada lado). c) tocarse las puntas de los pies desde la posición sentado (10 c/u). 2. Subir y bajar 10 escalones. | Continuar con todas las actividades previas. | Instrucciones finales acerca de las actividades en el hogar. |

GLOSARIO

GLOSARIO

ATEROSCLEROSIS: o “endurecimiento de las arterias”. Enfermedad que se caracteriza por la producción de depósitos grasos formados principalmente por colesterol y pequeñas cantidades de fosfolípidos y grasas neutras (ateromas), que se adhieren en la pared de las arterias. Alrededor de éstos depósitos adiposos y dentro de ellos se desarrolla un tejido fibroso, que posteriormente se convierten en placas duras semejantes a hueso.

CONDUCTA TIPO A: Conducta que se caracterizan por un impulso competitivo excesivo, deseo persistente de reconocimiento y progreso, gran agresividad, las personas se involucran en múltiples funciones sometidas a límites de tiempo, con propensión a acelerar continuamente su ritmo de vida.

DIABETES: Síndrome o conjunto de síntomas que tienen como denominador común la presencia de hiperglucemia (aumento de la cifra de glucosa en la sangre). Su etiología es variada. Es un trastorno del metabolismo hidrocarbonado que se produce como consecuencia de una insuficiencia relativa o absoluta de insulina o por resistencia a la acción de ésta hormona. Es una enfermedad que afecta el crecimiento y desarrollo de los individuos (cuando se declara en edad de crecimiento), afecta a todos los órganos y sistemas, a la nutrición y desde el punto de vista psicológico, al comportamiento y a las relaciones interpersonales.

EJERCICIO DINAMICO: se utilizan como sinónimos de éste los términos “aerobio” o “isotónico”. Se utiliza para referirse a una actividad “alimentada” principalmente por la fosforilación oxidativa (aerobia), que es realizada contra una

carga constante (isotónica) y en la cual intervienen la contracción rítmica de los grupos musculares flexores y extensores (dinámica).

Con el ejercicio dinámico, la frecuencia cardíaca, gasto sistólico y contenido de oxígeno en arterias, aumenta de manera significativa conforme aumenta el ejercicio, mientras que el contenido de Oxígeno en la venosa mezclada disminuye considerablemente. El efecto global de la interacción de éstas 2 últimas variables consiste en un incremento notable en la diferencia arteriovenosa de oxígeno.

EJERCICIO ISOMETRICO: o estático, se define como una contracción muscular sostenida que ocurre sin movimientos de articulaciones o del esqueleto óseo. No se produce ningún trabajo externo, y el gasto metabólico medido en consumo de oxígeno suele ser ligero en comparación con el ejercicio dinámico. Sin embargo, a causa de la elevada tensión intramuscular con la disminución resultante en el riesgo sanguíneo en los músculos durante el ejercicio isométrico, se produce un incremento reflejo "presor" en la presión arterial sistémica.

El ejercicio isométrico ocurre de manera repetida con la mayoría de la actividades de la vida diaria (AVD), y es probablemente la manera predominante de ejercicio que se practica en muchas actividades de tipo ocupacional.

ERGONOMIA: Su función consiste en crear las condiciones más adecuadas para los trabajadores en lo que se refiere a iluminación, clima, ruido, reducir la carga física de trabajo, mejorar la postura de trabajo y reducir el esfuerzo de ciertos movimientos, aliviar las funciones psicosenoriales, facilitar la manipulación de palancas y mandos de las máquinas, aprovechar mejor los reflejos espontáneos y los estereotipados, evitar los esfuerzos de memoria innecesarios, etc.. La productividad no es el objetivo principal de la ergonomía, sino, uno de sus

resultados finales. Medidas ergonómicas son aquellas que van más allá de la simple protección de la integridad física del trabajador y tiene por objeto darle bienestar, instaurando para ello condiciones óptimas de trabajo y utilizando lo mejor posible sus características físicas y sus capacidades fisiológicas y psíquicas.

HIPERTENSION ARTERIAL: “presión arterial alta” o “presión sanguínea alta”. Puede deberse a múltiples causas, responde, en general a la reducción de la elasticidad aórtica, que regula la corriente, al aumento del volumen sistólico, y al aumento de la resistencia periférica, sobre todo en las arteriolas pequeñas y en los vasos precapilares. Aproximadamente en el 90% de los hipertensos se ignora la causa, en este caso se dice que tienen hipertensión esencial. Los síntomas generalmente dependen de la causa, en el caso de la esencial las personas padecen de: vértigos, cefaleas, insomnio, taquicardia, disnea, meteorismo irritabilidad, cambios de humor, disminución de la capacidad corporal e intelectual. Puede causar rotura de los vasos sanguíneos.

ISQUEMIA: flujo sanguíneo insuficiente para satisfacer las necesidades normales de un tejido. Cuando el centro vasomotor se torna isquémico experimenta excitación intensa, lo cual eleva la presión arterial.

STRESS : respuesta del organismo a toda demanda real o imaginaria que produce una adaptación y/o tensión.

Es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

1. Alpert, Joseph S. y Rippe, James. Manual de diagnóstico y terapéutica cardiovasculares. Salvat Editores S.A. Barcelona 1983. Pág. 149.
2. Ander-Egg, Ezequiel. Introducción a las Técnicas de la Investigación Social. 2da. Edición. Editorial Humanitas. Buenos Aires 1971.
3. Ander-Egg, Ezequiel. Técnicas de Investigación Social. 21 edición. Editorial Humanitas. Buenos Aires 1990.
4. Artigao Ramírez, Rosario. Control de factores de riesgo en los programas de rehabilitación cardíaca. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 13-21.
5. Barnett, David B.; Assessment of Quality of Life. American Journal of Cardiology. 1991; vol.: 67. Págs: 41c-44c.
6. Castro Kubat, Jorge. El Miocardio. Terapéutica cardiovascular y terapéutica psicológica. Centro Editor Argentino. Nov. 1995.
7. Coll, Ramon. Coste-beneficio de los programas de rehabilitación cardíaca. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 94-98.
8. De las Heras, Carmen Gloria; Rehabilitación y vida. Modelo de Ocupación Humana. Parte I. Santiago-Chile
9. De Pablo Zarzosa, Carmen; Rehabilitación Cardíaca en el anciano. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 54-59.

10. Doxandabartz Ilundain, Juan; Ferro Múgica, Juan e Iriarte Arotzarena, Ignacio. Resultados de la rehabilitación cardíaca a nivel físico, psicológico, sexual y laboral. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 79-84.
11. Eagle; Haber; De Sanctis y Austen. La práctica de la cardiología. Normas de Massachusetts General Hospital. Segunda Edición. Edit. Médica Panamericana. Tomo 2. Argentina 1991.-
12. García Porrero, Esteban; Morales Durán, María Dolores; Armengol Castells, Xavier; Wilke Delgado, Manuel; García Sanchez, Salvador; Garreta Figuera, Rosario y Capellas i Sans, Lidia. Rehabilitación cardíaca. Otros protocolos. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 45-53.
13. Guyton, Arthur C., Dr. Fisiología Humana. Quinta Edición. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. México, D. F. 1984.
14. Hanson, Peter. Clínicas cardiológicas de Norteamérica. Volumen 2. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.. México, D.F. 1987.
15. Kaplan, Norman M. y Feldstein, Carlos A. Terapéutica Cardiovascular. Edit. Médica Panamericana. Argentina 1987.
16. Langlade, Alberto y Langlade Nelly Rey de. Actividades Físicas programadas en la Rehabilitación de algunos cardiopatas. Edit. Stadium. Argentina 1976.
17. Maroto Montero, J. M.. Rehabilitación y cardiopatía isquémica. ¿Fantasía o realidad? Prevención secundaria. Revista Española de Cardiología. 1989; vol. 42, Núm. 1. Págs: 49-64.
18. Maroto Montero, J. M.; De Pablo Zarzosa, C.; Artigao Ramírez, R.; Morales Durán, M. D.; Lozano Suárez, M.; et al. Rehabilitación en la cardiopatía isquémica. Resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico.

Archivos del Instituto de Cardiología de México. 1992; vol. 62. Págs. 441-446.

19. Maroto Montero, José María y Velasco Rami, José Antonio. Rehabilitación cardíaca y prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 85-89.
20. Mayou, Richard y Bryant, Bridget. Quality of life in cardiovascular disease. British Heart Journal 1993; 69: 460-466.
21. Mogilevsky, Adolfo y Mogilevsky, Rosa D. de 25.000 horas de Rehabilitación Cardíaca. Ediciones Gema S.R.L. Argentina 1982.
22. Polit, D. y Hungler, B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. Editorial Interamericana - MC Graw - Hill 4ta Edición. México, 1994.
23. Reed, Kathlyn L. Quick Reference to Occupational Therapy. An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland 1991. Pág.: 195-204.
24. Selltiz, C.; Jahoda, M.; Deutsch, M. y Cook, S. W. Métodos de Investigación en las Relaciones sociales. 2da edición. Ediciones Rialp, S.A.
25. Sociedad Argentina de Cardiología. Normativas y Bases para la práctica de la Rehabilitación Cardíaca y Ergometría. Año 1994. Línea Cardiológica BAGO. Pág. 7-4
26. Sosa Rodríguez, Valeriano; Ubiera Fiestas, José María; Martínez Fernández, Esperanza; Cantalapiedra Alsedo, José Luis; García Fernández, Miguel Ángel y Delcán Domínguez, Juan Luis. Protocolos de rehabilitación hospitalaria en fases I y II. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 33-38.

27. Torres, Luis Pastor; Sáinz Hidalgo, Ignacio; Guijarro Salcedo, María del Carmen y Sánchez, Margarita. Terapia Ocupacional en rehabilitación cardíaca. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 28-32.
28. Trombly, Catherine A. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Third Edition. Edit. Williams & Wilkins. Baltimore 1989. Chapter 30.
29. Velasco Rami, José A. y Maroto Montero, José M. Rehabilitación cardíaca. Evolución histórica y situación actual. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 1-7.
30. Velasco Rami, José A.; Atienza Fernández, Felipe y Ridocci Soriano, Francisco. Análisis de la calidad de vida en los pacientes rehabilitados. Revista Española de Cardiología. 1995; 48 [Supl 1]: 90-93.
31. Velasco, J. A.; del Barrio, V.; Mestre, M. V.; Penas, C. y Ridocci, F.. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. Revista Española de Cardiología. 1993; 46: 552-558.
32. Yacone, Linda A. Problemas Cardiovasculares. El Ateneo. Buenos Aires 1987.-

8E
Nombre: *Calidad de Vida En
Pacientes Postimparto de
Miocardio*

Autores: *Yturbe, María Angélica Emilseu*

Integrantes del Jurado:

*Lic. Gordillo, Norma
Dr. Canterella
T.O. Elvira Miriam*

Fecha de defensa: *24/3/99.*

Calificación: *7 (siete)*