

EFECTO DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Norka Antepara A¹, María Isabel Parada², Carlos F. Antepara A³, Carlos Tahuil⁴

RESUMEN: Se estudiaron 180 pacientes con diagnóstico de enfermedad arterial coronaria, quienes fueron ingresados al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Caracas.

Ellos recibieron intervenciones multidisciplinarias por médicos cardiólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y psicólogos, durante 8 semanas, tres días por semana, cuatro horas por día.

Se realizó una encuesta de calidad de vida al inicio y al finalizar el programa. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes experimentaron mejoría en la percepción de su calidad de vida al completar el programa.

Se concluye que este programa de rehabilitación cardíaca ayuda a los pacientes a mejorar su capacidad física y les educa en alimentación, actividades de la vida diaria y laborales. Además presentan cambios en la forma de afrontar el estrés, cese del tabaquismo, depresión y los elementos psicológicos que el paciente presenta después de un síndrome coronario agudo, mejorando su calidad de vida.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca, Enfermedad arterial coronaria, Calidad de vida.

ABSTRACT: We evaluated 180 patients with diagnosis of coronary heart disease, who were admitted in cardiac rehabilitation of the Hospital Universitario of Caracas – Venezuela.

Patients received multidisciplinary interventions by cardiologist, nurses, physical therapist, occupational therapists, nutritionist and psychologists. Patients assisted to the program of cardiac rehabilitation during 8 weeks, 3 days a week, four hours every day.

Each patient answered a test of Quality of Live at the beginning and ending cardiac rehabilitation.

Results shows that the majority of patients were better perception of quality of life after they completed the program of cardiac rehabilitation. We concluded that the interventions of program of CR help patients to be better in physical aptitude and also in nutrition aspect, making their diary activities at home and work.

Also, we observed changes in perception of stress, smoke cessation, depression and other psychological aspect that patients feels after they have suffered an acute coronary syndrome and they perceive a better quality of life.

Key words: Cardiac Rehabilitation, Coronary artery disease, quality of life.

INTRODUCCIÓN

En Venezuela, al igual que en la mayoría de los países del mundo, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad, tanto en hombres como en mujeres. A medida que mejoran las intervenciones en la etapa aguda de los síndromes

coronarios agudos, aumenta el número de pacientes que sobreviven al mismo y que deben recibir los beneficios de los programas de prevención secundaria a través de la rehabilitación cardíaca (RC). Además, también son numerosos los pacientes que han sido llevados a cirugía

¹ Cardióloga Adjunta en Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Servicio de Cardiología Hospital Universitario de Caracas.

² Psicóloga de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Caracas.

³ Estudiante de la Facultad de Medicina, Escuela José María Vargas, Universidad Central de Venezuela.

⁴ Médico Cirujano.

Estudio realizado en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Caracas.

Información: Dra. Norka Antepara A.

e-mail: antepara@cantv.net

Recibido: Marzo de 2006

Aceptado: 06-11-06

de revascularización miocárdica, ya sea por vía percutánea (angioplastia y *stent*) o con cirugía para colocación de puentes aortocoronarios.

Ésta es definida por la Organización Mundial de la Salud, como el “Conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental, social, que les permita ocupar, por sus propios medios, un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad”⁽¹⁾.

La Unidad de Rehabilitación Cardíaca (URC) del Hospital Universitario de Caracas (HUC), fundada en la década de 1970, atiende alrededor de 100 pacientes al año, luego que han sufrido un infarto del miocardio u otro evento cardíaco.

El objetivo de la RC, inicialmente planteada, fue aumentar o readecuar la capacidad física o de trabajo de los pacientes que habían padecido un accidente coronario agudo: angina de pecho o infarto del miocardio.

Más recientemente se tiene un nuevo enfoque. Se ha establecido que la meta no se limita únicamente al reintegro laboral del paciente, sino que involucra su readaptación integral en las áreas familiar, social y laboral, que es lo que conduce a obtener una mejor calidad de vida.

Se han diseñado diferentes métodos para medir la calidad de vida en pacientes portadores de enfermedad arterial coronaria, en quienes pueden presentarse síntomas del tipo de la angina, la insuficiencia cardíaca, así como la limitación en su capacidad física para realizar tanto las actividades de la vida diaria como las laborales, lo cual se acompaña de una carga emocional y de estrés que acompaña a todos los procesos patológicos crónicos⁽²⁻⁴⁾.

CALIDAD DE VIDA. CONCEPTO

Es la capacidad de una persona para desempeñar adecuadamente y de forma satisfactoria para sí misma, su papel en las áreas familiar, laboral y social⁽⁵⁾.

El término calidad de vida (CV) es primordial hoy en día tanto en medicina como en las ciencias sociales. Es importante resaltar que la mejora en la CV de los pacientes es un aspecto fundamental en la medicina moderna y de la RC en particular. Ella devuelve al paciente la capacidad para realizar todas sus actividades, pero lo más importante es que el paciente se sienta satisfecho de los logros alcanzados. Resulta obvio que el paciente realiza su propia evaluación de la enfermedad coronaria, lo cual involucra el conocimiento de la misma, la evolución, complicaciones probables y, por supuesto, la toma de los medicamentos indicados por el cardiólogo.

Una forma muy general de definir la CV es asumirla como lo contrario al estado de estrés. Anteriormente la

psicología de la salud ya mencionaba la calidad de vida, mientras que la sociología la refería como bienestar social. Así se observa que la sociología la refiere como algo objetivo que se mide por indicadores del tipo del nivel de escolaridad, ingresos económicos, vivienda, ubicación demográfica, poder de uso de servicios tales como electricidad, teléfonos, vehículo propio, etc., mientras que la psicología considera los aspectos subjetivos tales como el nivel de satisfacción laboral, social, familiar, autoestima, etc. Resulta evidente que los dos aspectos son iguales de importante y, por tanto, siempre deben ser considerados porque de ellos depende una mayor recidiva de eventos, cumplimiento del tratamiento y el impacto de la enfermedad tanto en el paciente como en su entorno familiar^(6,7).

MÉTODO

En este estudio nos propusimos medir la CV en pacientes que han presentado un síndrome coronario agudo quienes fueron ingresados en el programa de RC fase II del Hospital Universitario de Caracas.

A cada paciente se le aplicó la encuesta de calidad de vida diseñada por JA Velasco y V Del Barrio, previamente validada en el Hospital Universitario de Caracas, con una muestra inicial de 20 pacientes⁽⁸⁾.

Se midieron los efectos del Programa de RC sobre la CV, considerando que las intervenciones terapéuticas que recibieron los pacientes durante el mismo permanecieron constantes.

El programa de RC del Hospital Universitario está constituido por un grupo de intervenciones multidisciplinarias que involucran la participación de médicos cardiólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y psicólogos, todos especialistas en RC, quienes actúan de manera coordinada sobre cada uno de los pacientes que son ingresados al mismo.

El programa tiene una duración de 8 semanas continuas, durante las cuales los pacientes asisten los días lunes, miércoles y viernes en horario de 7 am a 12 pm.

El objetivo de la RC es educar a los pacientes para que adopten un estilo de vida saludable, que les mejore tanto su expectativa de vida como la calidad de vida, a través de la eliminación de hábitos de vida dañinos, como la mala alimentación, el hábito tabáquico, el sedentarismo y el estrés, entre otros factores de riesgo.

El instrumento utilizado es el cuestionario de CV español de Velasco y col.⁽⁸⁾. Consta de 40 preguntas según escala de Likert del 1 al 5, donde 5 está siempre

presente y 1 nunca está presente. Se dividió la encuesta en nueve áreas: percepción de salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación, tiempo de ocio y trabajo. Las puntuaciones más altas indicaron peor CV.

Se tomaron los datos de identificación del paciente, diagnóstico, situación laboral, datos socioeconómicos y demográficos de manera directa y la encuesta fue auto administrada.

RESULTADOS

El cuestionario demostró ser adecuado para la medición de la CV en los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica. Se sugiere que la edad y la clase social son determinantes importantes de la calidad de vida en el paciente infartado, tanto si sigue un programa de rehabilitación como si no. Los pacientes mayores de 50 años mostraron una calidad de vida más reducida. En relación a la clase social se encontraron diferencias significativas a favor de mejor CV de la clase alta por un lado y de la media por otro, comparadas ambas con la clase baja. Las clases alta y media se asocian con mejores ingresos económicos y mejores posibilidades y satisfacción en el trabajo, dependientes de un nivel de escolaridad más elevado. Sin embargo, impresiona que la RC puede mejorar la CV independientemente de la clase social de los pacientes.

Este tipo de cuestionario permite medir la efectividad

de una intervención sobre la calidad de vida, sus modificaciones en el tiempo o con los tratamientos o procedimientos utilizados. Además permite evidenciar aquellas áreas que se encuentran más afectadas para actuar más directa y específicamente sobre ellas.

CALIDAD DE VIDA. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la t Student (t test) aplicada por separado a cada área y después a los valores totales obtenidos. Los resultados son los siguientes:

| | | |
|----------------|----------|---------|
| Salud | P< 0,05* | (0,045) |
| Sueño | P= 0,26 | (0,266) |
| Emocional | P= 0,1 | (0,165) |
| Futuro | P< 0,05* | (0,03) |
| Movilidad | P< 0,05* | (0,004) |
| Social | P= 0,1 | (0,121) |
| Alerta | P= 0,4 | (0,394) |
| Comunicación | P< 0,05* | (0,04) |
| Ocio y trabajo | P< 0,05* | (0,021) |

* Estadísticamente significativo.

Para el estudio inicial de validación del cuestionario con los primeros 20 pacientes se utilizó la t Student (t test) para el análisis estadístico. El análisis estadístico global final se hizo con la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon⁽⁹⁾.

Este estudio demostró que, de entre las 9 áreas que se exploraron con este cuestionario, las mayores diferencias se encontraron en aquellas referidas a percepción de salud, capacidad de movilización (independencia), perspectivas a futuro, comunicación y utilización del tiempo para el trabajo y el ocio (Figura 1).

Figura 1
Áreas para medición de calidad de vida



DISCUSIÓN

Al detallar las áreas donde los resultados demostraron un cambio significativo se puede explicar lo siguiente:

- Percepción de salud: el paciente cuando ingresa en el programa de RC puede referir todavía síntomas clínicos secundarios al evento cardíaco que sufrió pocas semanas antes. Además siente angustia por todos los hechos ocurridos y que amenazaron su vida. Al iniciar la RC, tanto los médicos como los fisioterapeutas lo asesoran y supervisan en la realización de todas las actividades físicas: caminata, calistenia y ejercicio en ergómetros: bicicleta o banda sin fin. Estos ejercicios dirigidos más el alejamiento de sus síntomas físicos permiten que los pacientes, al egresar del programa de RC, reconozcan su mejoramiento de salud incidiendo positivamente sobre la calidad de vida.
- Área futuro: al reconocer el paciente su mejoría física se proyecta hacia el futuro diseñando metas u objetivos a corto, mediano y largo plazo. De hecho ésta es una de las dinámicas que dirige la psicóloga para desarrollar más optimismo y confianza en el futuro.
- Área movilidad: la seguridad que le proporcionó la actividad física manejando realmente sus capacidades, su tensión arterial y sus pulsaciones, le permite conocer en totalidad la capacidad de movilización que posee y conocer hasta donde llegan sus límites.
- Área comunicación: durante el programa de RC, los pacientes reciben dinámicas de grupos en las cuales se intercambian distintas formas de afrontar la vida y modificar los conceptos de vida. Igualmente se les dictan las estrategias de control de estrés tales como relajación, respiración, meditación, y otras dirigidas al estilo y calidad de vida sanos. Estas herramientas las utilizan en su vida diaria y les ayuda a mejorar su CV.
- Área ocio y trabajo: igualmente una vez a la semana las terapistas ocupacionales dictan charlas educativas acerca de cómo realizar las actividades de la vida diaria tales como su aseo personal, movilización en la cama para luego darle alternativas de orientación laboral. Por ello al egreso, los pacientes se sienten más seguros en cuanto a sus actividades tanto en el hogar como en su sitio de trabajo.

CONCLUSIÓN

Los cuestionarios de calidad de vida permiten objetivar la situación del paciente y constatar posibles mejorías tras la práctica de procedimientos como la cirugía coronaria o

programas preventivos como la rehabilitación cardíaca, tal como puede deducirse de nuestra experiencia. Es indudable que los mismos pueden aplicarse a cualquier otra terapéutica o programa de intervención.

También pueden ser útiles, tal como se demuestra, para investigar posibles diferencias en calidad de vida en distintos grupos de población o de pacientes. Todo ello con la finalidad de poner las medidas adecuadas que lleven a una mejora de la calidad de vida de los pacientes cardíacos y en este caso, de los coronarios.

En nuestro estudio se observó que la RC produjo cambios significativos en las áreas mencionadas. Sin embargo, la falta de respuesta en las restantes áreas, puede pensarse que tenga relación con el tratamiento medicamentoso, como es el caso del sueño. La mayoría de los pacientes que asisten a nuestro programa, al egreso del hospital llevan indicados medicamentos ansiolíticos que pueden influir en el sueño y respuestas de alerta. En cuanto al área emocional y social, pensamos que estos pacientes durante el programa, pasan de una etapa de negación a la concientización de la presencia de una enfermedad crónica, que ameritará tratamiento a largo plazo y que les involucra un cambio en su estilo de vida, lo cual, pudiera producir cierto componente de depresión.

Se concluye que el programa de rehabilitación cardíaca produce mejoría significativa de la calidad de vida de los pacientes que la reciben, por lo cual, se deben extender estos programas a todos los centros hospitalarios y ambulatorios del país.

REFERENCIAS

1. Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. WHO Technical Report. Num 270: 831. Geneva. 1993.
2. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am J Cardiol.* 1984;54:908-913.
3. Mayou R, Bryant B. Quality of life in cardiovascular disease. *Br Heart J.* 1993;6:460-466.
4. Treasure T. The measurement of health related quality of life. *Heart.* 1999;81:331-332
5. Badia X, Salameo M, Alonso J. La medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. 2ª edición. Barcelona: Edimac; 1999.
6. Moss RH. Life Stressors and coping resources influence health and Well-Being. *Evaluación Psicológica.* 1988;4:133-158.
7. Lohr MJ. The Relationships of coping responses to Physical Health status and life satisfaction among older women. *J Gerontol.* 1988;43:54-60.
8. Velasco JA, del Barrio V, Mestre MV, Penas C, Ridocci F. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Rev Esp Cardiol.* 1993;46:552-558.
9. Siegel S, et al. Estadísticas no paramétricas aplicadas a las Ciencias de la Conducta. México: Editorial Trillas; 1995:104-107.