

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**PREVENCIÓN TERCIARIA Y CALIDAD DE
VIDA DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA
CORONARIA ISQUÉMICA DEL INSTITUTO
NACIONAL CARDIOVASCULAR DE
ESSALUD- LIMA- 2020**

PRESENTADO POR:

Mg. ROSALÍA OFELIA FERNÁNDEZ CORONADO

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

ASESOR:

DRA. ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA

HUACHO - 2021

**PREVENCIÓN Terciaria y Calidad de Vida de Pacientes
con Cardiopatía Coronaria Isquémica del Instituto
Nacional Cardiovascular de ESSALUD-LIMA- 2020**

Mg. ROSALÍA OFELIA FERNÁNDEZ CORONADO

TESIS DE DOCTORADO

ASESOR: Dra. Elsa Carmen Oscuivilca Tapia

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

HUACHO

2021



DEDICATORIA

A mi Padre quien en vida nos inculcó que el estudio era el único camino para lograr nuestros objetivos, a mi hijo por ser mi motor en toda mi Vida.

Rosalía Fernández Coronado

AGRADECIMIENTO

A mi hermana Julia, gracias a su empuje y apoyo permanente pude culminar mis proyectos, a todos mis amigos quienes de una u otra forma colaboraron en la elaboración de este trabajo y de manera muy especial para Adriel con sus constantes aportes y sugerencias en la investigación.

Un agradecimiento especial a mi asesora Dra. Elsa Oscuvilca, quien con sus aportes, correcciones y enseñanzas me acompañó hasta la culminación de este proyecto



Rosalía Fernández Coronado

La educación es lo que nos libera de la impotencia, del peso abrumador de la desconfianza dirigida contra nosotros mismos. Despertar las capacidades dormidas que poseemos... Estremecer y elevar la aspiración del alma ser plena y completa... ¿Puede haber experiencias más sublimes que estas?

Daisaku Ikeda



ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
RESUMO	xiii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación de la investigación	5
1.5 Delimitaciones del estudio	7
1.6 Viabilidad del estudio	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.1.1 Investigaciones internacionales	9
2.1.2 Investigaciones nacionales	13
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Bases filosóficas	23
2.4 Definición de términos básicos	24
2.5 Hipótesis de investigación	26
2.5.1 Hipótesis general	26
2.5.2 Hipótesis específicas	26
2.6 Operacionalización de las variables	27

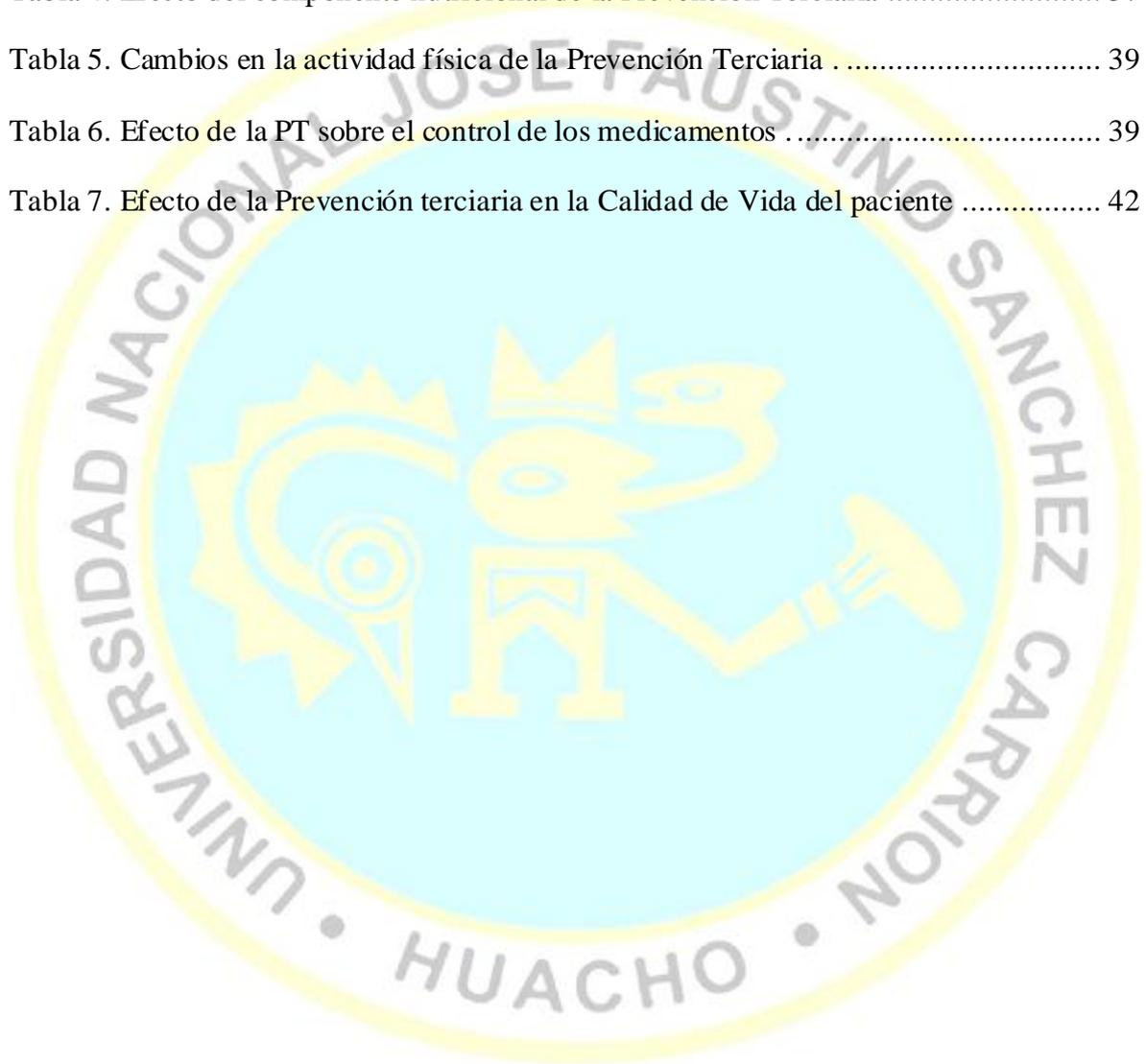
CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	Diseño metodológico	29
3.2	Población y muestra	29
3.2.1	Población	29
3.2.2	Muestra	29
3.3	Técnicas de recolección de datos	30
3.4	Técnicas para el procesamiento de la información	32
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS		
4.1	Análisis de resultados	34
4.2	Contrastación de hipótesis	41
CAPÍTULO V		
DISCUSIÓN		
5.1	Discusión de resultados	43
CAPÍTULO VI		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
6.1	Conclusiones	46
6.2	Recomendaciones	46
REFERENCIAS		48
7.1	Fuentes documentales	48
7.2	Fuentes bibliográficas	48
7.3	Fuentes hemerográficas	48
7.4	Fuentes electrónicas	50
ANEXOS		53

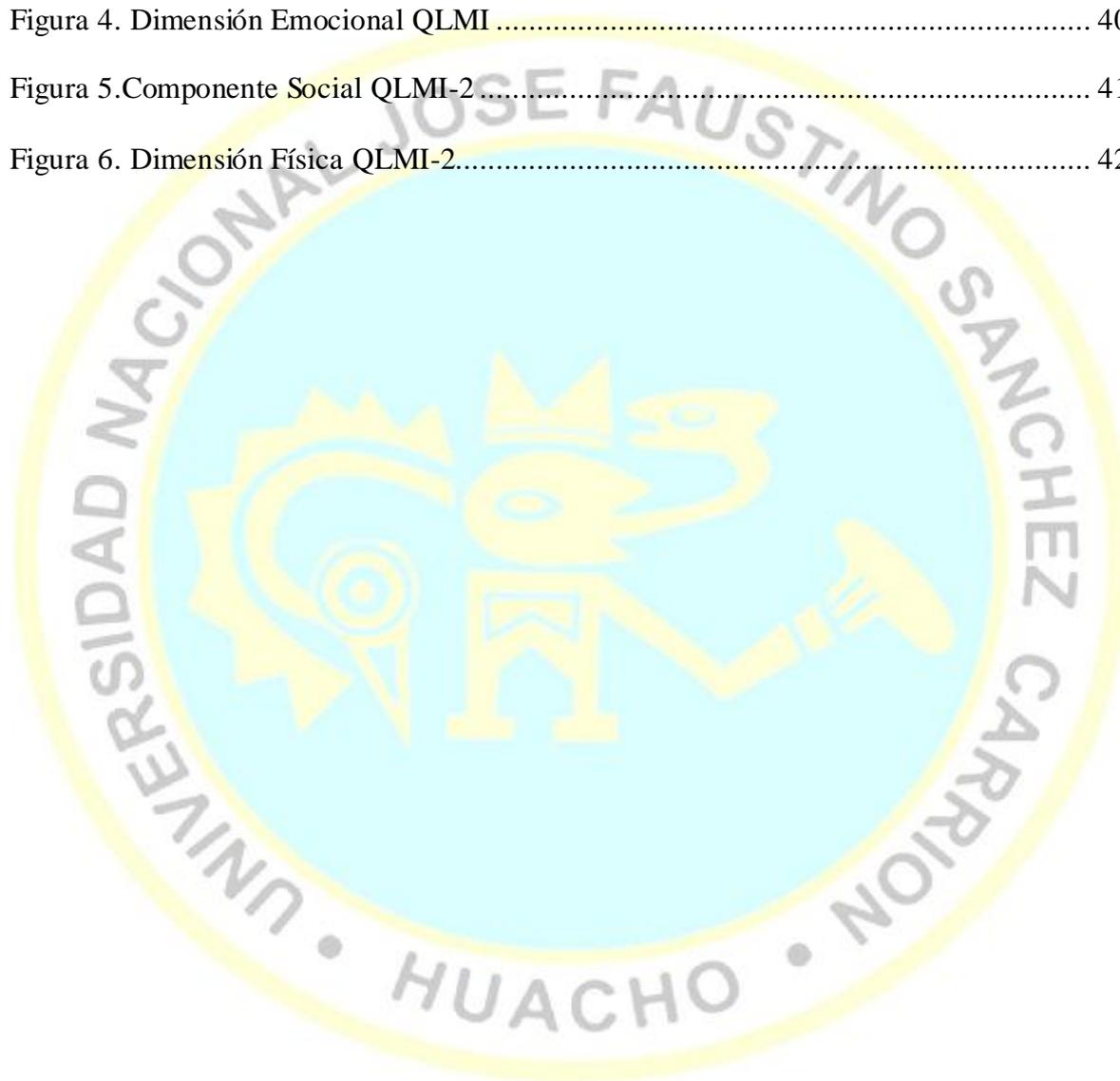
INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los antecedentes médicos y factores de riesgo según sexo	35
Tabla 2. Diagnóstico de ingreso a la prevención terciaria	35
Tabla 3. Distribución de los medicamentos indicados a los pacientes	36
Tabla 4. Efecto del componente nutricional de la Prevención Terciaria	37
Tabla 5. Cambios en la actividad física de la Prevención Terciaria	39
Tabla 6. Efecto de la PT sobre el control de los medicamentos	39
Tabla 7. Efecto de la Prevención terciaria en la Calidad de Vida del paciente	42



INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Niveles de aplicación de las medidas preventivas.	16
Figura 2. Modelo relacional del funcionamiento y la discapacidad	22
Figura 3. Cambios metabólicos de la Prevención Terciaria relacionados	38
Figura 4. Dimensión Emocional QLMI	40
Figura 5. Componente Social QLMI-2	41
Figura 6. Dimensión Física QLMI-2	42



INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos.....	53
Anexo 2. Cuestionario QLMI 2- CALIDAD DE VIDA.....	55
Anexo 3. Autorización de comité de ética Institucional.....	57
Anexo 4. Autorización del estudio por la Dirección del Instituto Nacional cardiovascular	58



RESUMEN

PREVENCIÓN TERCIARIA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA CORONARIA ISQUÉMICA DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR DE ESSALUD- LIMA 2020

Objetivo: Determinar la influencia de la prevención terciaria (PT) y rehabilitación cardiaca (RC) en la calidad de vida de pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) de EsSalud- Lima 2020.

Material y métodos: 280 pacientes con diagnóstico de cardiopatía coronaria, en tratamiento médico, post operados o post intervencionismo coronario fueron quienes participaron del programa de prevención terciaria-rehabilitación cardiaca (PT-RC) en el INCOR durante el año 2018. A todos los pacientes se les realizó el test de calidad de vida QLMI-2 al inicio y al final del programa.

Resultados: La intervención fue efectiva y estadísticamente significativa sobre la Calidad de vida global con un incremento de 28,7%. En los componentes emocional, físico y social, se observó un incremento en 29,3%, 31,9% y 29,3% respectivamente.

El efecto de la PT en las medidas antropométricas fue estadísticamente significativo: disminución del peso hasta en 3 kg mayor en mujeres, el índice de masa corporal (IMC), tuvo disminución de 1 punto en ambos sexos, la circunferencia abdominal redujo estadísticamente significativa de 2,6 cm. La actividad física propia de la PT, se evidenció en la mejora estadísticamente de fuerza muscular (dinamómetro), tiempo de ejercicio y METS en la prueba de esfuerzo.

Conclusión: La prevención Terciaria a través de un programa estructurado de Rehabilitación Cardiaca influye positivamente sobre la calidad de vida de los pacientes portadores de evento coronario.

Palabras clave: Prevención terciaria, Rehabilitación cardiaca, Calidad de vida

ABSTRACT

TERTIARY PREVENTION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC CORONARY CARDIOPATHY AT THE NATIONAL CARDIOVASCULAR INSTITUTE OF ESSALUD- LIMA 2020

Objective: To determine the influence of tertiary prevention (TP) and cardiac rehabilitation (CR) on the quality of life of patients with ischemic coronary heart disease of the National Cardiovascular Institute (INCOR) of EsSalud- Lima 2020.

Material and methods: 280 patients from the tertiary prevention program through cardiac rehabilitation were studied, with a mean age of 64,1. with a diagnosis of coronary heart disease, in medical treatment, post-surgery or post-coronary intervention, who went to TP at INCOR during 2018 receiving CR and underwent the QLMI-2 quality of life test at the beginning and at the end of the program.

Results: The intervention was effective and statistically significant on the global quality of life with an increase of 28,7%. and in the emotional, physical and social components, which increased by 29,3%, 31,9% and 29,3% respectively.

The effect of TP on anthropometric measurements was statistically significant: weight decrease up to 3 kg higher in women, the body mass index (BMI), had a decrease of 1 point in both sexes, the abdominal circumference decreased statistically significant by 2,6 cm. Physical activity typical of PT was evidenced in statistically improved muscle strength (dynamometer), exercise time and METS in the stress test.

Conclusion: Tertiary prevention through a structured program of Cardiac Rehabilitation has a positive influence on the quality of life of patients with coronary events.

Keywords: Tertiary prevention, Cardiac rehabilitation, Quality of life

RESUMO

PREVENÇÃO TERCIÁRIA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CARDIOPATÍA CORONÁRIA ISQUÊMICA DO INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR DE ESSALUD-LIMA - 2020

Objetivo: Determinar a influência da prevenção terciária (TP) e da reabilitação cardíaca (RC) na qualidade de vida de pacientes com doença coronariana isquêmica do Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) de EsSalud-Lima 2020

Material e métodos: 280 pacientes com diagnóstico de doença coronariana, em tratamento médico, pós-operado ou pós-intervenção coronariana, foram aqueles que participaram do programa de Prevenção Terciária-Reabilitação Cardíaca (PT-CR) do INCOR durante 2018. Todos os pacientes foram submetidos ao teste de qualidade de vida QLMI-2 no início e no final do programa

Resultados: A intervenção foi efetiva e estatisticamente significativa na qualidade de vida global com um aumento de 28,7%. Nos componentes emocionais, físico e social, observou-se aumentó de 29,3%, 31,9% e 29,3% respectivamente.

O efeito do PT nas medidas antropométricas foi estatisticamente significativo: diminuição do peso até 3 kg maior nas mulheres, o índice de massa corporal (IMC), diminuiu 1 ponto em ambos os sexos, a circunferência abdominal diminuiu estatisticamente significante em 2,6 cm. A atividade física típico do TP foi evidenciada na melhora estatística da força muscular (dinamômetro), do tempo de exercício e da METS no teste de esforço.

Conclusão: A prevenção terciária por meio de um programa estruturado de Reabilitação Cardíaca influencia positivamente na qualidade de vida de pacientes com eventos coronarianos.

Palavras-chave: Prevenção terciária, Reabilitação cardíaca, Qualidade de vida

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de patologías que afectan al corazón y los grandes vasos. “Son más frecuentes en los países de medianos y bajos ingresos, el Infarto de Miocardio y los Accidentes cerebrovasculares representan el 80% de todos los casos de las ECV, entidades prevenibles en cualquier etapa de su historia natural” Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

Sin embargo, en nuestro país, como en casi todos los de la región, su manejo se enfoca principalmente en el tratamiento farmacológico y no en el manejo integral y preventivo que requieren. Este paradigma biomédico predominante, prioriza la tecnología de vanguardia al manejo basado en la prevención mediante la promoción del cambio del estilo de vida, estrategia que funciona en cualquier etapa que se encuentre la enfermedad. La aplicación del enfoque indicado se ve reforzado en el modelo de aseguramiento de salud con que cuenta el Perú y otros países de la región, que cubren casi exclusivamente prestaciones recuperativas sin considerar las de tipo preventivo. Este contexto constituye una limitación para el desarrollo de enfoques en prevención en general y especialmente de prevención terciaria.

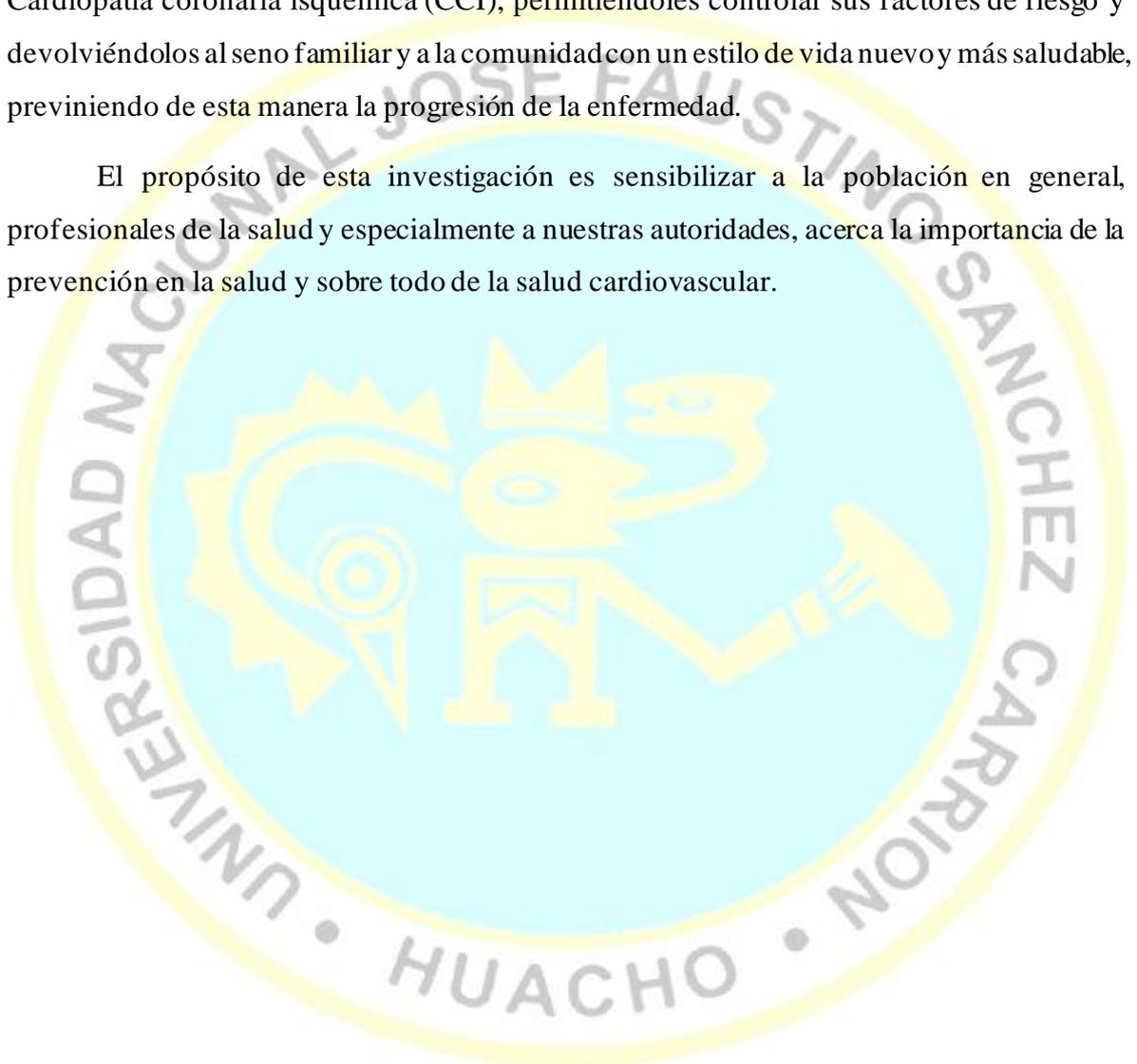
Desde mi posición de médico especializada en Rehabilitación Cardíaca (RC) en la institución líder en el manejo de la salud cardiovascular en el Perú, cuyas prestaciones son mayoritariamente de prevención secundaria de las ECV, relegando la prevención terciaria que se brinda mediante la Rehabilitación Cardíaca, a un rol limitado y de poca cobertura para los pacientes que lo requieren; donde empiezo a reflexionar sobre la necesidad de ampliar y fortalecer la prevención terciaria a nivel institucional y nacional, integrándolas de acuerdo a su definición “Como objetivo la prevención terciaria persigue retrasar el curso de la enfermedad, mejorar las funciones residuales de la persona y minimizar la aparición o gravedad de incapacidad logrando que obtenga el máximo nivel de autonomía, bienestar y calidad de vida”. (Cano, Alguacil, Alonso, Molero, y Mangolarra, 2012).

Es así como tomé la decisión de enfocar el esfuerzo y todo el trabajo de investigación del doctorado, en demostrar que la Rehabilitación cardíaca aborda la prevención integral, pues sus acciones involucran al paciente y su familia, más aún en el caso de las enfermedades

cardiovasculares, donde la prevención terciaria cambia estilos de vida y la mejora, hecho hasta hoy poco conocido, que sin embargo le proporciona al paciente la posibilidad de vivir con calidad de vida después de padecer un evento coronario.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es evidenciar como la prevención terciaria de las enfermedades cardiovasculares realizado mediante un programa de Rehabilitación cardiaca mejora la calidad de vida de pacientes con ECV, específicamente los portadores de Cardiopatía coronaria isquémica (CCI), permitiéndoles controlar sus factores de riesgo y devolviéndolos al seno familiar y a la comunidad con un estilo de vida nuevo y más saludable, previniendo de esta manera la progresión de la enfermedad.

El propósito de esta investigación es sensibilizar a la población en general, profesionales de la salud y especialmente a nuestras autoridades, acerca la importancia de la prevención en la salud y sobre todo de la salud cardiovascular.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La cardiopatía coronaria isquémica (CCI) es una enfermedad de las arterias coronarias, encargadas del riego sanguíneo del músculo cardíaco, caracterizada por la obstrucción de la luz de las arterias, lo que genera disminución u obstrucción del flujo de sangre, lo que como consecuencia de la disminución del aporte de oxígeno al músculo cardíaco, ocasiona el conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos condicionada por los llamados factores de riesgo cardiovascular (FRC) principales que son: tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, antecedente de infarto de miocardio (IM), antecedente familiar de enfermedad cardiovascular. También se reconocen FRC secundarios como son: el sobrepeso, edad, sedentarismo, hiperuricemia, etc., que por sí solos no producen la enfermedad cardiovascular, pero coadyuvan a su presentación. (Vegas, García, Hernández y De la Hera, 2012).

Según la OMS (2021):

La enfermedad cardiovascular (ECV) es un problema de salud pública tanto a nivel mundial como regional causando alrededor de 17 millones de muertes al año. Se ha calculado cerca de 32 millones de eventos coronarios y accidentes cerebrovasculares en países desarrollados, siendo el 40 a 70 % fatales pero el problema es mucho mayor en países en vía de desarrollo ya que hay una gran prevalencia de factores de riesgo, tales como hipertensión

arterial, tabaquismo, diabetes, dislipidemias y mala alimentación.

(p. 30).

Cada minuto en Estados Unidos y cada seis minutos en Europa fallece una mujer por enfermedad cardiovascular, convirtiéndose en la primera causa de mortalidad en el sexo femenino, situándose por delante del cáncer de mama. Pedreira (2018).

En Perú, el Registro Nacional de Infarto de Miocardio II, Reyes y Ruiz (2013) afirma: “El infarto agudo de miocardio ST elevado es el más frecuente y prevalente en mayores de 60 años en el sexo masculino, encontrando como factor de riesgo más importante a la hipertensión arterial, seguido por el tabaquismo y la obesidad” (p.10), por otro lado, hablando de la población infartada encontramos que cerca del 50% no tiene acceso a ser re vascularizado precozmente, lo que lo predispone a mayores complicaciones en caso sobreviva. (p.11).

El paciente portador de CCI tiene tres alternativas de tratamiento. Puede ser sometido a intervencionismo (angioplastia coronaria con o sin stent coronario), Cirugía Cardíaca (bypass aorta-coronario o trasplante cardíaco) y tratamiento médico; este paciente desconoce muchos aspectos de su enfermedad, el tratamiento y la forma de encarar su situación actual, lo que le ocasiona dificultades para reintegrarse a sus actividades cotidianas: laboral, social, sexual, ocasionándole dependencia familiar, abandono laboral y sentimiento de incapacidad y minusvalía. Niebauer (2017).

Esta situación que atenta contra su calidad de vida interfiere en su rehabilitación y recuperación predisponiéndole a recaídas y re hospitalizaciones, por ello es importante e imprescindible entender que posterior a cualquiera de estas 3 opciones de tratamiento se debe iniciar la prevención terciaria precozmente y dentro del contexto de la prevención terciaria la Rehabilitación Cardíaca se presenta como la herramienta más eficaz y eficiente y como la estrategia sine qua non para evitar las complicaciones anteriormente expuestas .

La prevención terciaria no es algo nuevo, por el contrario, sabemos que se realiza cuando ya se ha instaurado la enfermedad, y se intenta evitar que empeore y que se produzcan complicaciones. La intervención tiene lugar en plena enfermedad, siendo su objetivo principal eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de esta. Puede darse en 2 formas: tratamiento y/o Rehabilitación. Marchiori (2006).

Asimismo “La rehabilitación cardíaca consiste en entrenamiento físico y en pautas de actuación psicológica en los pacientes con cardiopatía isquémica (CI), la patología más frecuente en los países desarrollados se complementa con el control de los factores de riesgo de aterosclerosis”. (Mendieta y Castro, 2020).

Los PRC son personalizados para cada paciente y generalmente, están supeditados a las características propias de la cardiopatía (insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, revascularización miocárdica, portadores de cardio desfibriladores, trasplantados de corazón, ancianos, etc. (Dayan y Ricca, 2014).

Apesar de que los programas de rehabilitación cardíaca son considerados como los más eficaces entre las intervenciones de prevención terciaria; sin embargo, estos no son utilizados en su verdadera dimensión. Niebauer (2017). Lo que ha originado la necesidad de estudios que como este demuestren la influencia de estos programas llevados adecuadamente en la mejora de su calidad de vida y por ende en el control de los FRC con la consecuente disminución de la morbimortalidad cardiovascular

El Programa de Rehabilitación Cardíaca del INCOR es un ejemplo de la prevención terciaria en las enfermedades cardiovasculares y es un programa multidisciplinario integrado por médicos cardiólogos, de medicina física, enfermeras, psicólogos y fisioterapeutas cuyo trabajo es atender y ayudar al paciente que ha sufrido un evento cardíaco para permitirle su retorno a la vida que tenía antes en las mejores condiciones físicas, mentales, sociales y laborales.

En este Programa el paciente hace ejercicio mediante supervisión médica y participa de charlas educativas y de educación continua acerca de su enfermedad, su tratamiento médico, medicinas, nutrición y recibe terapias psicológicas para afrontar su estado de salud y enfermedad. El programa tiene una duración de dos meses en el hospital, pero igualmente se les prepara para llevarlo consigo por siempre.

El presente trabajo aborda la efectividad de la prevención terciaria a través de los programas de rehabilitación cardíaca, sus componentes y los niveles de evidencia y la evolución en los países desarrollados asimismo los aspectos psicológicos y su intervención en los pacientes portadores de cardiopatía coronaria isquémica como paradigma de atención de estos programas. Todo ello se completa con una revisión sobre

el impacto de dichos programas en las medidas de calidad de vida relacionada con la salud y se describen los instrumentos implicados en los principales estudios de la literatura científica reciente.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué influencia tiene la Prevención terciaria y la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la influencia de la actividad física en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020?

¿Cuál es la influencia del control nutricional en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020?

¿Cuál es la influencia de la intervención psicológica la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020?

¿Cuál es la influencia del manejo terapéutico médico en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020?

¿Cuál es la calidad de vida del paciente que ha tenido un evento coronario del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la influencia de la prevención terciaria y rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la influencia de la actividad física en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

Determinar la influencia del control nutricional en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

Determinar la influencia de la intervención psicológica en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

Determinar cómo influye el manejo terapéutico médico en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

Determinar la calidad de vida del paciente que ha tenido un evento coronario en el Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020

1.4 Justificación de la investigación

Conveniencia

La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial. Se ha estimado que para el año 2020, habrá un aumento entre 120% y

137% en la incidencia de enfermedad coronaria en las mujeres y los hombres respectivamente, en los países en desarrollo. (Vélez, Gil y López, 2015).

La rehabilitación cardíaca y Prevención terciaria es un programa asistencial multidisciplinario integral con una perspectiva a medio-largo plazo, donde sus pilares básicos son la actividad física programada, el control riguroso de los factores de riesgo, y cambios en el estilo de vida. Por ello es que está dirigido a mejorar el estado físico y psicológico del paciente cardíaco que ha superado la fase aguda de una enfermedad cardiovascular, atendiendo al paciente desde la hospitalización. Báez, Camacho y Abreu (2006), en la actualidad se ha evidenciado su importancia en la disminución de la morbimortalidad cardiovascular y la frecuencia de re hospitalizaciones en los pacientes portadores de enfermedad cardiovascular.

Relevancia social

El impacto positivo comprobado en la morbimortalidad cardiovascular y general, en los beneficios sobre la calidad de vida de los pacientes, y sobre todo el gran rendimiento costo-beneficio, muchos de los pacientes diagnosticados de enfermedad cardíaca deben ser sometidos a cirugía cardíaca para solucionar su problema y después de esta tienen incertidumbre sobre que deben realizar para continuar su vida diaria, que actividades están indicadas, cuales están proscritas y que deben evitar para proteger su cirugía y prevenir nuevos eventos cardíacos siendo para los pacientes el beneficio principal es la evidencia de la mejoría en la calidad de vida y una pronta reinserción a su vida laboral, social y familiar.

La prevención terciaria de enfermedades cardiovasculares, así como la Rehabilitación Cardíaca reduce los riesgos de un nuevo evento cardiovascular el cual resultaría más costoso tanto para el paciente, las compañías de seguro y el propio sistema de salud pública, siendo la Rehabilitación cardíaca menos costosa en las distintas ciudades de Latinoamérica se prefiere invertir en tratar la enfermedad cardiovascular con intervenciones más costosas que la Rehabilitación cardíaca y la prevención. Anchique, (Fernández y Zeballos, 2018).

Implicancias prácticas

La demostración de que un programa de prevención terciaria limitará el efecto fisiológico y psicológico que provoca la enfermedad cardiaca, reduciendo el riesgo de nuevos problemas, ayudando a controlar y estabilizar los síntomas y, con ello, mejorando la calidad de vida y logrando la reincorporación más rápida y completa de este tipo de pacientes en la sociedad, bajo esta perspectiva esta investigación sentará las bases para justificar la creación de nuevos programas de prevención terciaria a nivel nacional. Esta investigación se diseña para ser replicada en otras partes del Perú, donde con una población de 30 millones cuenta con pocos programas de Rehabilitación Cardiaca (RC), así como de especialistas que se dedican a la prevención terciaria. En el estudio realizado en el 2010 se encontraron 8 programas, todos ubicados en Lima, capital del país, el 50% eran privados y 50% públicos, en el MINSA no existen programas de RC, tampoco en provincias. (Cortes, Lopez, Zeballos y Anchique, 2013).

Valor teórico

Esta investigación se centra en el hecho que siendo el INCOR el ente rector de la cardiología a nivel nacional, así como pionero en la creación de este programa, es necesario demostrar los beneficios de la prevención terciaria no sólo ante la comunidad médica y los distintos profesionales de la salud sino lograr establecer una red de atención que asegure la prevención de la enfermedad cardiovascular a nivel nacional y que la atención no se limite solamente el tratamiento de la misma y sus complicaciones.

Utilidad metodológica

Busca establecer las bases teóricas para futuros estudios en prevención terciaria de la enfermedad cardiovascular ya que este aspecto ha sido dejado de lado por parte de las autoridades para dar pase a los nuevos tratamientos, asimismo servirá de base y apoyo para determinar y apoyar las investigaciones futuras que puedan demostrar que la prevención en salud resulta siempre más económica que el tratamiento.

1.5 Delimitaciones del estudio

Este estudio es una investigación en ciencias de la salud centrada en la prevención terciaria de las enfermedades cardiovasculares. y ha sido realizado en las instalaciones del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR de EsSalud, específicamente en la Unidad

de Rehabilitación cardiaca, en pacientes portadores de cardiopatía coronaria isquémica que fueron hospitalizados para tratamiento de la enfermedad y posterior al alta participaron del programa de Rehabilitación cardiaca durante los años 2018-2019.

1.6 Viabilidad del estudio

Este proyecto es viable y es posible su realización porque el Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud tiene entre sus objetivos estratégicos la atención del paciente cardiovascular en el aspecto preventivo por lo que la prevención terciaria y por tanto la Rehabilitación cardiaca son parte importante de las actividades de atención al paciente y es el camino final del proceso de atención al paciente que ingresa al instituto tanto por emergencia como por consulta externa.

Hay factibilidad para adquirir los datos ya que se cuenta con los datos registrados en la historia electrónica a los que se tiene la facilidad de acceder y se tiene la aceptación del comité de ética institucional para proceder a la recolección de datos, por lo tanto, no implica un gasto adicional en material o recurso humano a la institución.

El recurso técnico lo brindará el Instituto Nacional Cardiovascular, lugar donde se va a desarrollar la investigación a través de su Oficina de Apoyo a la investigación y docencia especializada la misma que proporciona la asesoría del comité de investigación para dar apoyo a este tipo de investigación en el aspecto preventivo. Los recursos económicos y logísticos son responsabilidad del investigador.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Cano et al., (2012) en su investigación **Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España.**

Objetivo: Demostrar la efectividad basada en los niveles de evidencia de los programas de rehabilitación cardiaca, sus componentes, el papel desempeñado y la evolución en los países desarrollados, así como su aplicación en la insuficiencia cardíaca.

Material y métodos: Revisión bibliográfica acerca de los programas de Rehabilitación regionales y su relación con la calidad de vida en su salud.

Resultados: los resultados encontrados en este aspecto en la revisión bibliográfica realizada muestran a la prevención como la herramienta más eficaz pero infrutilizada en todo el país.

Conclusión: La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes incluidos en programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC) puede resultar una herramienta útil para identificar un mayor riesgo de reingreso y mortalidad, y realizar con ellos un seguimiento más estrecho, para un control evolutivo de los efectos de los PRC y la mejor comprensión de las áreas subjetivas de afección clínica del paciente.

Rivas, E., Barrera, J., Sixto, F. y Rodríguez, N. (2013) en su investigación **Programa cubano de rehabilitación cardíaca en el Departamento de Rehabilitación, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Habana, Cuba.**

Objetivo: Evaluar el comportamiento y los resultados de la aplicación del Programa de Rehabilitación Cardíaca en los hospitales de la Red Cardiológica Nacional Cubana.

Material y métodos: mediante la investigación aplicada para ello incluyeron 40,738 pacientes, de los cuales se les realizó la fase hospitalaria de la rehabilitación al 79,1%. Siendo los diagnósticos principales: pacientes infartados, portadores de angina o después de la angioplastia coronaria, pacientes después de la cirugía coronaria o valvular.

Resultados: La mayoría de los pacientes rehabilitados en el último año (56,4%) pertenecían a la región occidental del país, donde también se hizo mayor cantidad de pruebas ergométricas (58,3%), así como consultas especializadas de rehabilitación e intervenciones psicológicas.

Conclusión: Los resultados se parecen al de muchos países con un adecuado desarrollo socioeconómico, pero aún debe mejorarse la aplicación del programa de rehabilitación cardíaca en Cuba, particularmente en algunas zonas del interior del país.

Bjarnason, B., McGeeb, H. y Zwisler, A. (2010) en su investigación **Rehabilitación cardíaca en Europa: resultados del European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey, European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.**

Objetivo: Demostrar que la prevención cardiovascular da un buen estado clínico y por lo tanto una mejoría de la calidad vida y el pronóstico.

Material y métodos: Diseño de una encuesta Postal de organizaciones nacionales relacionadas con RC en los países europeos. La Encuesta Inventario Europeo de Rehabilitación Cardíaca donde se evaluaron temas como las directrices nacionales, la legislación y los mecanismos de financiación, las fases de la RC y características de los pacientes incluidos.

Resultados: Las respuestas disponibles para 28 de 39 (72%) países fueron: 61% tenían asociaciones nacionales de RC; 57% tenían directrices profesionales. La mayoría de los países (86%) tuvieron la fase I de la RC (hospitalaria aguda), pero con diferente disponibilidad del servicio. En cuanto a la Fase II :15 países tenían niveles de provisiones por debajo de 30%, casi la mitad (46%) tenían una legislación nacional; tres cuartas partes

tenían fondos del gobierno. Los resultados para la fase III fueron menos compatibles: 11 países no pudieron proporcionar estimaciones del número de participantes. 13 informaron que los gastos eran asumidos por los pacientes.

Conclusión: En la mayoría de los países europeos menos de la mitad de los pacientes cardiovasculares elegibles se benefician de RC, la misma que está ausente o deficitaria en cuanto a legislación, financiación, normas profesionales y los sistemas de información en muchos países. Las prioridades de mejora incluyen la promoción de leyes y directrices nacionales específicas para RC y aumentando tanto las tasas de participación de los programas como la infraestructura de los programas.

Mark, D., Knight, J., Velazquez, E. y Wasilewski, J. (2014) en su investigación **Quality-of-Life Outcomes with Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Ischemic Left Ventricular Dysfunction: A Randomized Trial**, *Ann Intern Med*.

Objetivo: Describir los resultados de calidad de vida (CDV) relacionados con el tratamiento, un importante punto final secundario previamente especificado en el estudio STICH.

Material y métodos: De una población total de 1212 pacientes con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 0,35 o menos y enfermedad arterial coronaria, se asignó al azar a la terapia médica sola (602 pacientes) o tratamiento médico más Bypass Aorto-coronario (610 pacientes). Realizaron mediciones con una batería de instrumentos de calidad de vida al inicio del estudio (98,9% completo) y 4, 12, 24, y 36 meses después de la aleatorización. El cuestionario de calidad de vida fue el cuestionario Kansas City Cardiomyopathy el que evalúa el efecto de la insuficiencia cardíaca en los síntomas de los pacientes, la función física, limitaciones sociales y calidad de vida

Conclusión: En esta cohorte de pacientes de alto riesgo sintomáticos con disfunción isquémica del ventrículo izquierdo y la enfermedad coronaria de múltiples vasos, el bypass aorto-coronario más terapia médica produjo mejoras clínicamente importantes en la calidad de vida en comparación con el tratamiento médico aplicado por más de 36 meses.

Anchique, C., López, F., Benaim, B. y Burdiat, G. (2014) en su investigación **Cardiac Rehabilitation in Latin America. Progress in Cardiovascular Diseases**, realizado en hospitales de diferentes países de Latinoamérica conjuntamente con la Clínica Mayo de Rochester Minnesota.

Objetivo: Describir el estado de la RC en Latino América y su potencial impacto en la enfermedad cardiovascular.

Material y métodos: Revisión de la disponibilidad de programas de RC y sus características en los países de Latinoamérica, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay Venezuela desde la perspectiva de cada uno de ellos. Cada país hace una breve reseña de las principales características de los sistemas de salud de su localidad, enfocando características para acceder a los programas de RC y a las intervenciones para el tratamiento de la enfermedad cardiovascular

Resultados: El costo promedio de los procedimientos y tratamiento de la patología Cardiovascular en la mayoría de los países de Latinoamérica resultan muy onerosos comparados con los programas de prevención terciaria y RC. Y este es un denominador común, por otro lado, las intervenciones que brinda cada programa en los diferentes países son más o menos y son las intervenciones de ejercicio, evaluación médica y educación del paciente. Algunos programas cuentan con la evaluación de la depresión, la apnea del sueño y los programas para dejar de fumar.

Conclusión: La Rehabilitación cardíaca es menor costo efectivo en la prevención terciaria de la enfermedad cardiovascular, pero a pesar de ello el número de programas de RC son insuficientes y poco utilizados en la región latinoamericana.

Lima de Melo, G., Pesah, G., Turk, A. y Supervia, M. (2018) en su investigación **Cardiac Rehabilitation Models around the Globe, 2018, University Health Network**, realizado en la Universidad de Toronto.

Objetivo: Comprobar el modelo de RC de cada país en el mundo incluyendo las barreras que presentan.

Material y métodos: Estudio observacional de corte transversal, los servicios de RC fueron identificados a través de revisiones y con líderes en cada ciudad y país quienes enviaban la información (encuestas) a través de correos electrónico, los datos fueron procesados en Toronto juntamente con la clínica Mayo.

Los criterios de inclusión fueron los servicios que ofrecía cada programa: a) evaluación inicial b) ejercicio estructurado) al menos una estrategia de control de factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Contactó a 223 programas de los 111 (54,7%) países en el mundo que cuentan con RC y se recolectó datos en el 83% países con RC, globalmente 76% tenían los llamados programas de Rehabilitación cardiaca (PRC) de las cuales 68,9% (n=630 programas) tenían programas supervisados y 45,9% (n=285). de todos los países del mundo ofrecían programas alternativos y un 1,1% ofrecían solo programas alternativos, esto fue más común en los países de ingresos alto.

Conclusión: Esta primera encuesta global evidenció que $\frac{3}{4}$ de los países con RC ofrecen el modelo de rehabilitación supervisada y casi la mitad ofrecen modelos alternativos. La base para ofrecer modelos alternativos fue la elección más común del paciente. La comunidad de RC necesita desarrollar estándares basados en evidencias para modelos de rehabilitación alternativos

2.1.2 Investigaciones nacionales

Jiménez (2014) en su investigación **Efectos del programa de prevención secundaria de rehabilitación cardíaca en la capacidad funcional de pacientes varones con cardiopatía coronaria crónica en un policlínico de Lima Metropolitana.**

Objetivo: Conocer los efectos del programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en la capacidad funcional de pacientes varones con cardiopatía coronaria crónica en un policlínico de Lima Metropolitana durante el periodo 2012-2013.

Material y Métodos: Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de datos de la historia clínica y la ficha única de rehabilitación cardiaca de 20 pacientes varones, edad promedio de $69,05 \pm 6,36$ años con cardiopatía coronaria crónica y al culminar la fase III del programa de rehabilitación cardiaca en un policlínico de Lima Metropolitana en el periodo 2012-2013. Se realizó el análisis de ganancia de la capacidad funcional en mets, presión arterial sistólica y diastólica, y frecuencia cardiaca.

Resultados: Los resultados fueron un aumento significativo de la capacidad funcional en mets, con una media de 1,8 mets y una desviación estándar de $\pm 1,23$ ($z = -4,127b$, $p = 0,000$), equivalente a 26,1 %. Asimismo, se evidenció mejoría en los controles de presión arterial y frecuencia cardiaca.

Conclusión: Los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca producen un aumento significativo de la capacidad funcional en los pacientes varones con cardiopatías coronarias crónicas.

Fernández, Huamán, Olortegui, Talledo y Palomino (2015) en su investigación **Rehabilitación Cardiovascular sobre la dependencia en pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular. Revista de la Sociedad Peruana de Cardiología.**

Objetivo: Determinar el efecto del programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) en el grado de dependencia de pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresan al PRC INCOR–EsSalud.

Material y métodos: Evaluaron prospectivamente 22 pacientes cardiopatas gerontes, con escalas de dependencia al ingreso y al alta de la RC, los cuales recibieron 24 sesiones de ejercicio físico aeróbico, consejería psicológica, asesoría nutricional y charlas de optimización terapéutica.

Resultados: La edad media fue de 69,5 años, 67,2% fueron portadores de enfermedad coronaria y 27,2% de valvulares. La dependencia descendió al incrementarse la media en la Escala de Barthel de 91,8 en el pre a 94,3 en el post ($p = 0,031$). Con la prueba de Lawton & Brody, de una media de tareas realizadas ante de la RC de 6,0 se incrementó en el post a 7,1 ($p = 0,020$). Ambos resultados son estadísticamente significativos. Se observó también mejoría de la clase funcional en todos los pacientes en forma significativa.

Conclusión: La inclusión en el programa de rehabilitación cardíaca de INCOR mostró mejora significativamente los niveles de dependencia y la capacidad funcional en los pacientes cardiopatas.

Huamán, Fernández, Olortegui y Palomino (2015) en su investigación: **Impacto del programa de Rehabilitación Cardiovascular sobre la Fragilidad en pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR - ESSALUD –Revista de la Sociedad Peruana de Cardiología.**

Objetivo: Determinar el efecto del programa de Rehabilitación Cardíaca (RC) en el nivel de fragilidad de los pacientes del INCOR.

Material y Métodos: Realizó la evaluación prospectiva de 22 pacientes cardiopatas mayores de 60 años, al ingreso y alta del PRC, todos recibieron 24 sesiones de ejercicio físico aeróbico, consejería psicológica, asesoría nutricional y charlas de optimización terapéutica. El nivel

de fragilidad fue medido mediante la prueba de la marcha de los 5 metros y la Escala de Edmonton.

Resultados: La edad media fue de 69,5 años. El 67,2% fueron portadores de enfermedad coronaria y 27,2% de valvulares. La media de la marcha de los 5 metros pre-RC fue 4,34 segundos y 3,33 en el post-RC, la reducción del 23,7% observada fue significativa ($p < 0,005$) según la prueba t. Esta prueba, expresada como velocidad, resultó estadísticamente significativa: pre-RC= 1,21 mts/seg. y post-RC= 1,58 mts/seg ($p < 0,005$). La media de la prueba de Edmonton pre-RC fue 4,95 y 4,09 en la fase post-RC, diferencia estadísticamente significativa según la misma prueba ($p < 0,005$).

Conclusión: La RC es efectiva para revertir el deterioro funcional y orgánico, mediante la reducción de los niveles de fragilidad, los cuales son predictores de mortalidad cardiovascular.

Talledo, Paredes, Fernández y Palomino (2015) en su investigación **Efecto del Programa de Rehabilitación Cardiovascular (PRC) sobre el control de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) – INCOR – EsSalud.**

Objetivo: Conocer el efecto de la RC sobre el control de los FRCV en pacientes del Programa de RC del Instituto Nacional Cardiovascular “Carlos Alberto Peschiera Carrillo” INCOR-ESSALUD.

Material y Métodos: Estudio de cohorte histórica de 78 pacientes del PRC de INCOR con pruebas de laboratorio al ingreso y al alta, se determinó la media de la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) mediante tres tomas en cada momento. Además, se evaluaron lípidos de alta densidad (HDL) por sus siglas en inglés y triglicéridos. Según protocolo del programa los pacientes realizaron 24 sesiones.

Resultados: La PAS y PAD se redujeron en 5 mm Hg y 2,2 mm Hg respectivamente, diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$ y $p < 0,001$). Igualmente se logró incrementar el HDL-c (media pre = 41,7 media post = 46,0) y disminuir los triglicéridos (media pre = 126,2, media post = 114,7), resultado igualmente significativo ($p < 0,001$ y $p = 0,025$).

Conclusiones: La realización de un programa de Rehabilitación Cardíaca mejora el perfil lipídico, el control de la presión arterial tanto sistólica y diastólica, así como asegura la adherencia al tratamiento, los resultados se asemejan a otros estudios en el tema.

2.2 Bases teóricas

Primera variable: Prevención terciaria

La prevención terciaria se define como el nivel de prevención en el cual la enfermedad ha provocado daños irreversibles y que hay que disminuir el impacto de estos en la vida del paciente a su mínima expresión. Gordon (2021).



Figura 1. Niveles de aplicación de las medidas preventivas.

La historia natural de la enfermedad, en el periodo patogénico la prevención terciaria mediante la Rehabilitación va a prevenir mayores complicaciones y en su ausencia se predispone a recaídas y re hospitalizaciones es decir se atenta contra su calidad de vida. Arouca (2018).

La prevención terciaria es manifestada a través de la rehabilitación cardiovascular por lo cual según Pavy et al., (2012) la Rehabilitación cardíaca:

“Es la suma de las actividades necesarias para influir favorablemente en las causas subyacentes de la enfermedad, así como para garantizar a los pacientes las mejores condiciones físicas, mentales y sociales posibles, de modo que puedan, por sus propios esfuerzos, preservar o reanudar cuando perdido, un lugar lo más normal posible en la vida de la comunidad (p.310).

La prevención terciaria mediante la Rehabilitación cardiaca (RC) ofrece un enfoque integral abordando los factores de riesgo cardiovasculares y reduciendo la morbimortalidad hasta en un 25% comparable con el tratamiento farmacológico establecido. Basado en esta evidencia la RC se recomienda como el estándar de cuidado en las guías de práctica clínica.

Desafortunadamente, la utilización de RC sigue siendo subóptima a nivel mundial, como lo demuestran los datos de los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido, sólo el 20% a 30% de los pacientes cardíacos elegibles reciben RC después del alta hospitalaria. Las razones para la baja RC son multifactoriales: paciente profesional de la salud y la asistencia sanitaria a nivel de sistema. Grace (2018)

Los Programas de Rehabilitación Cardiaca mejoran la capacidad física de forma incuestionable permitiendo el retorno del paciente a sus actividades laborales ya que más del 90% que la realizan retornan al trabajo a diferencia de quienes no hacen RC. Sociedad Española de Cardiología (2002).

En la actualidad se espera que los programas de rehabilitación extiendan la prestación de servicios más allá del ejercicio sólo mediante el uso de un equipo interdisciplinario para promover la recuperación de un evento cardíaco y reducir el riesgo de eventos posteriores (Mendieta y Castro, 2020). Los aspectos de prevención terciaria en la enfermedad cardiovascular incluyen

- Tratamiento médico, ejercicio y manejo nutricional.
- Atención de la hipertensión, la diabetes y anormalidades en los lípidos
- Estrategias de comportamiento para facilitar el abandono del tabaco, una nutrición adecuada, el manejo del estrés y la gestión eficaz de peso;

- Pruebas de ejercicio y principios de entrenamiento, con énfasis en los pacientes con diferente enfermedad cardiovascular;
- Posibles comorbilidades que complican componentes programáticos, como la diabetes, enfermedad pulmonar y artritis.
- Cuestiones de aplicación del programa, como los requisitos y modelos de dotación de personal, optimizando la promoción del programa, y el alcance del programa de expansión incluyen manejo de la enfermedad y temas especiales como el ejercicio y la rehabilitación en pacientes de mayor edad. Krause (2007).

Para la mayoría de los pacientes con enfermedad cardiovascular, los principios de entrenamiento se aplicarán a los efectos del desarrollo de la capacidad cardiorrespiratoria o músculos fuerza o la resistencia.

La evidencia ha demostrado que tanto el ejercicio formal o cualquier forma de actividad física se asocian a una marcada reducción de mortalidad en individuos con y sin enfermedad coronaria. Según el Consenso de Rehabilitación Cardiovascular, Anchique et al.,(2018) el incremento por cada ml/kg/min del consumo máximo de oxígeno mediante un programa de RC produce una disminución de la mortalidad de aproximadamente 10%. Los pacientes elegibles para rehabilitación cardiovascular son aquellos que han presentado por lo menos uno de los siguientes eventos cardiovasculares en el último año:

- Infarto Agudo de Miocardio/síndrome coronario agudo
- Cirugía de bypass aorta-coronario
- Angioplastia coronaria
- Angina estable
- Reparación o reemplazo valvular
- Trasplante cardíaco o cardiopulmonar
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedad vascular periférica
- Enfermedad coronaria asintomática
- Pacientes con alto riesgo de enfermedad coronaria.

Según la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACPR, 2012) es importante la actividad física precoz y progresiva dentro de un programa

de RC luego de un Infarto Agudo de Miocardio o procedimiento de revascularización miocárdica. Dicho programa consta de tres a cuatro fases según las diferentes escuelas. La evaluación inicial del paciente en prevención terciaria al ingresar a un programa de rehabilitación debe incluir una recolección de datos mediante una exhaustiva y minuciosa historia clínica, la cual debe contener antecedentes del paciente, incluyendo cirugías y comorbilidades como enfermedades vasculares, renales, pulmonares, afectaciones musculoesqueléticas, depresión. La identificación de factores de riesgo coronario es de carácter primordial en la valoración inicial, como: tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, obesidad, enfermedades cardiovasculares, sedentarismo y estrés, además de la toma de medicamentos, la situación económica, educativa y social del paciente. Es útil también evaluar la agudeza visual y auditiva para conocer el posible desempeño durante las clases. EsSALUD (2018).

La prescripción del ejercicio siempre debe ser considerada individualmente de acuerdo con cada etapa y teniendo en cuenta las limitaciones individuales o comorbilidades (ortopédicas, neurológicas, respiratorias, etcétera). Son 4 fases de la RC: Fase 1, Fase 2, Fases 3 y 4.

En la prevención terciaria la prescripción debe actualizarse periódicamente para adaptarse al perfil y comorbilidades de cada paciente. Se sugiere para iniciar la tercera fase una reevaluación, que se puede repetir a los seis meses.

Las pautas de actuación o recomendaciones sobre el ejercicio en este grupo de pacientes se dirigen fundamentalmente a las lesiones que tienen un grado moderado o severo, puesto que las ligeras y asintomáticas, sin repercusión hemodinámica, no tienen restricción para practicar actividad física no competitiva. Las enfermedades valvulares van acompañadas de cierto grado de severidad de hipertensión pulmonar y aunque los pacientes se podrían beneficiar con la prevención terciaria y los programas de RC, no existe suficiente evidencia científica para brindar recomendaciones de su utilización. (Anchique et al., 2014).

En el Programa cubano de rehabilitación cardíaca, que incluyó 40,738 pacientes, con diagnóstico de cardiopatía coronaria a los cuales se les brindó la Rehabilitación cardíaca en sus tres fases haciendo énfasis en la modificación del estilo de vida combinado con la terapia de ejercicio, así la fase de convalecencia duró aproximadamente 8 semanas mientras que hubo una fase de mantenimiento de más de un año de duración lográndose de esta manera la prevención terciaria de la enfermedad. (Rivas et al., 2013).

Poco se ha escrito sobre la prevención terciaria y la educación del paciente después de una cirugía de revascularización miocárdica, así vemos en el trabajo de Dayan y Ricca del Instituto Mexicano Ignacio Chávez, en el trabajo denominado Rehabilitación cardiaca luego de la cirugía de revascularización miocárdica cuyo objetivo fue revisar el efecto de la rehabilitación en el retorno laboral, supervivencia, capacidad funcional, depresión y ansiedad, así como comparar la rehabilitación centralizada vs. domiciliaria en esta población de pacientes y concluye con que la mayor evidencia, hasta la fecha, del beneficio de la RC se centra en parámetros como: factores de riesgo, capacidad funcional, retorno laboral temprano, mayor impacto en personas jóvenes y sobre el estado psicológico. En cuanto a la disminución de la mortalidad y la mejoría de la capacidad funcional, la evidencia es contradictoria. Dayan (2014).

Es evidente que la enfermedad cardiovascular genera un impacto negativo en la calidad de vida del paciente cardiópata. Los programas de prevención de factores de riesgo son estrategias de prevención primaria y utilizan como principal herramienta la educación en salud, que busca proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud; sin embargo, se limitan a proveer información generalizada de momento, sin tener en cuenta las características individuales de cada paciente, por el contrario los programas de rehabilitación cardiaca son estrategias de prevención secundaria y terciaria, cuyo fin es lograr que el paciente se reintegre a su vida emocional, familiar y laboral. Así vemos que los programas de rehabilitación cardiaca son una alternativa para restaurar la calidad de vida, la autonomía y la integración social, además de mejorar la capacidad física. (Achury, Rodríguez, Contreras, Hoyos y Acuña, 2011).

Esto incluye algo más que la actividad física como único tratamiento de la enfermedad cardiovascular y considerar otros elementos (educación, apoyo social y emocional) que promuevan la calidad de vida. También se puede observar el concepto de prevención terciaria implícito, pues las acciones terapéuticas que se aplican a mediano y largo plazo en el paciente cardiovascular se traducen en esfuerzos orientados a reducir los factores de riesgo coronario a largo plazo, con el propósito de disminuir la probabilidad de un nuevo evento coronario y enlentecer o, tal vez, detener la progresión de la enfermedad coronaria.

La OMS (2017), define calidad de vida como: la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con

sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Dentro de este marco ha de considerarse que, al hablar de calidad de vida, se incluyen determinantes económicos, sociales y culturales, y cuando se habla de calidad de vida relacionada con salud (CVRS) integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar. Esta valoración nos permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como comparar las distintas opciones terapéuticas y centrarse de una manera importante en la persona y no en la enfermedad. (pág. 15).

Segunda variable: calidad de vida

El término calidad de vida se usó años atrás para mencionar aspectos diversos de la vida como son la salud, bienestar y el aspecto psicosocial, Hunt, (1997). Inicialmente se consideró como bienestar psicológico y salud mental, Katz (1963). La calidad de vida hace referencia a todas las condiciones físicas, sociales y emocionales que hacen agradable la vida. Oleson (1990).

La OMS en 2001, propuso un modelo de evaluación de la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que según Üstun , Chatterji, Bickenbach y Kostanjsek (2003) sirvió de base para una Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (CIF) el cual se basa en una perspectiva biopsicosociológica de la salud que acopla la discapacidad a lo largo del continuum global del funcionamiento. Esta CIF tiene tres componentes, el primero relacionado con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, el segundo componente es la actividad, es decir la ejecución individual de tareas y las limitaciones para hacerlas y el tercer componente que es la participación, se refiere al desempeño en las situaciones sociales y sus restricciones, conforme se aprecia la figura:

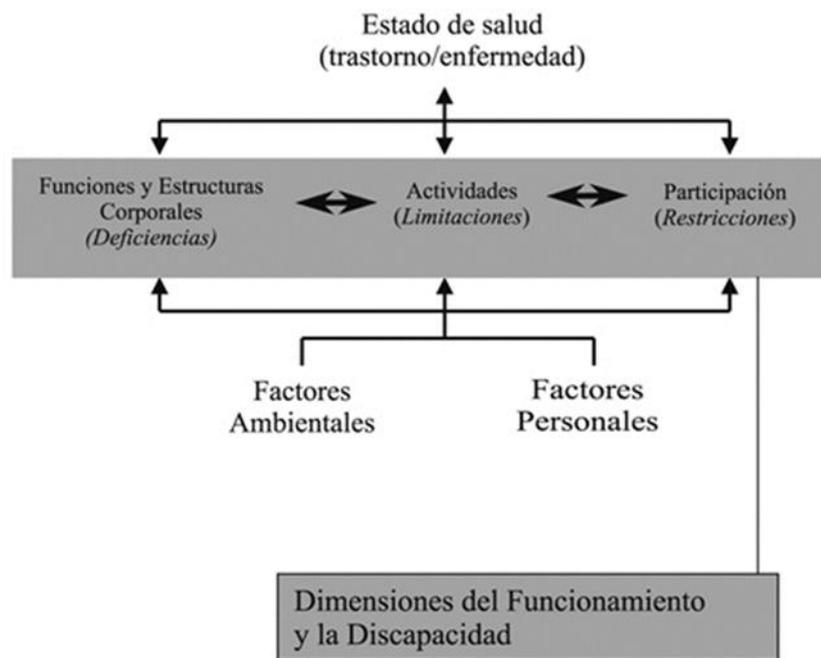


Figura 2. Modelo relacional del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento a la CIF

En la actualidad tenemos otros instrumentos de evaluación de la calidad de vida entre ellos uno de los más conocidos es el Cuestionario de Salud SF-36 diseñado por el Health Institute, New England Medical Center. Vilagut (2004).

El Quality of Life After Myocardial Infarction (QLMI) es un cuestionario en el que los veintiséis ítems que lo componen están agrupados en cinco dominios. La versión original fue diseñada y desarrollada para evaluar la efectividad de un programa de rehabilitación cardíaca, dado que puede ser aplicado, según los expertos, a varios grupos de diagnóstico que incluyen dentro de las indicaciones del programa a los pacientes con reemplazo valvular, revascularización miocárdica, los portadores de cardio desfibrilador implantable (CID), con infarto de miocardio con intervención coronaria percutánea y sin ella, pacientes con angina de pecho estable con intervención coronaria percutánea y sin ella y pacientes con insuficiencia cardíaca. Hillers (1994).

El Mac-New Heart Disease Questionnaire, también conocido como el QLMI-2, es una reciente y mejorada versión del instrumento anterior, con veintisiete ítems y tres dimensiones: diseñado para evaluar cómo las actividades diarias, al igual que las funciones físicas, sociales y emocionales, son afectadas por infarto de miocardio y otras patologías

cardíacas diagnosticadas. El QLMI-2 se convierte en el único instrumento mundial específico para medir la calidad de vida, fiable, que permita comparar pacientes cardiovasculares con diferentes presentaciones y síntomas de su enfermedad. Es fácil de manejar, corto, altamente sensible y, por lo tanto, adecuado para determinar la calidad de vida del paciente asistente al programa de rehabilitación cardíaca fase II. De este modo, el QLMI-2 ha demostrado tener con sus tres dimensiones (física, social y emocional) de calidad de vida una alta consistencia interna en puntos de medición. Puede ser utilizado para determinar la calidad de vida en pacientes cardiovasculares, ya que todas sus dimensiones son lo suficientemente sensibles para captar los cambios en las diferentes fases del programa y para todos los grupos diagnósticos en rehabilitación cardíaca. Hofer (2004).

2.3 Bases filosóficas

La calidad de vida desde el ángulo filosófico en medicina tiene muchas aristas, que al examinarlas las podemos resumir:

- La proyección de la misma medicina hacia la biología
- La teoría de la persona como individuo de mercado, de consumidor lo cual está muy lejos de la medicina constituyendo una contradicción dialéctica.
- Y la clara oposición entre cantidad y calidad, lo que es una contradicción que nos muestra lo opuesto entre las calidades mismas que no permitan ser ordenadas debido a que algunas cualidades no se dejan agregar. (Fernández, L., Fernández, F. y Cieza, 2010).

Desde el siglo pasado se acuñó el término de Calidad de Vida Relacionada con la Salud para referirse a la persona como ser humano, su salud basada en una evaluación clínica con cuyos resultados se tomarían las decisiones terapéuticas. Coincidieron así dos líneas de investigación: la investigación clínica la cual se encarga de la «estado funcional» y la de la investigación psicológica encargándose del bienestar y de la salud mental. Katz et al., (1963). Pero la calidad de vida y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) parten de una perspectiva objetiva mientras que el bienestar es subjetivo pero los instrumentos para medirla (CVRS) muchas veces no toman en cuenta estos conceptos primordiales. (Cieza et al., 2005).

Actualmente las enfermedades ya no son enfocadas bajo el reducido e incompleto paradigma del biologicismo. Por el contrario, se trata de explicar la presencia de las disfunciones en el organismo en virtud de una pluralidad de causas. Una clasificación de éstas nos permitiría incluirlas en los siguientes grupos: causas físicas y químicas (propias del medio ambiente físico, como, por ejemplo, la contaminación ambiental), causas biológicas, causas psicológicas y causas sociales. Granero (2015).

Siegrist y Cieza argumentan desde la perspectiva sociológica la calidad de vida depende no solo de la persona y su intercambio interpersonal sino también de la salud de las poblaciones y al evaluar el sistema como un todo se hacen visibles ciertas características que nos permite tratar al individuo como un todo. Siegrist (2008).

Bajo estas perspectivas podríamos decir que el paciente cuando se enfrenta a la enfermedad reacciona de diversas maneras, algunos toman decisiones equivocadas sobre todo cuando esta se ha presentado de manera abrupta, hoy día estuvieron muy funcionales y al otro día enfermos y dependientes de la familia y su reacción se centra en las características que se asocian a una elevada probabilidad de daño biológico psicológico y social o pueden recurrir a escudos protectores como la familia y los amigos que atenúan los daños o riesgos transformándolos en factores de superación y la capacidad de resiliencia. Granero (2015)

2.4 Definición de términos básicos

2.4.1 Prevención Terciaria: Es el nivel de prevención que incluye medidas que van dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad con el objetivo de disminuir su progresión y la aparición de complicaciones mejorando a su vez la calidad de vida de los pacientes. OMS (2017).

2.4.2 Rehabilitación cardiaca (RC): Según la guía práctica de EsSalud es la suma de actividades coordinadas que se requieren para influenciar favorablemente en la causa base de la enfermedad cardiovascular, así como proveer las mejores condiciones físicas, mentales y sociales, de esta forma los pacientes pueden, mediante sus propios esfuerzos, preservar o mejorar su funcionamiento en su comunidad, mejorar su salud enlentecer o revertir la progresión de la enfermedad. EsSalud (2018).

- 2.4.3 Fase 1 de la RC:** Es la fase de la RC que se da durante su hospitalización cuando el paciente está en un momento muy receptivo. En la mayoría de los casos las personas son muy vulnerables y abiertas a nuevas propuestas para el cambio de estilo de vida. AACPR (2012). Además de los ejercicios que se realizan siempre a baja intensidad, con el objetivo de la movilización precoz, también tenemos la oportunidad de trabajar en la educación, brindar información sobre la enfermedad y sobre la importancia de controlar los factores de riesgo.
- 2.4.4 Fase 2:** Es la fase de la RC cuyos objetivos son familiarizarse con los ejercicios, aprender aspectos relacionados con su enfermedad, su nutrición, su medicación y el control de los factores de riesgo, asimismo el manejo de su stress y ansiedad. AACPR (2012). En esta etapa el paciente necesita vigilancia y atención de forma individualizada, ya que está en la fase de convalecencia y a menudo sin ningún contacto previo con las actividades físicas formales, en promedio dura 1-3 meses. La prescripción de ejercicio debe incluir el tipo, intensidad, duración y frecuencia.
- 2.4.5 Calidad de vida:** es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Urzua (2012).
- 2.4.6 Equipo multidisciplinario:** conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados a resolver un problema complejo, es decir tienen un objetivo común. Galindo (2015).
- 2.4.7 Cardiopatía coronaria isquémica:** Es una la enfermedad cardíaca producida por alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardíaco como consecuencia de una obstrucción o estrechamiento anatómico de las arterias coronarias. (Alcalá, Maicas, Hernández y Rodríguez, 2017).
- 2.4.8 Factores de riesgo cardiovascular:** (FRCV) Es una característica biológica, hábito o estilo de vida que va a aumentar la probabilidad de tener o morir por una

enfermedad cardiovascular (ECV) en aquellos individuos que lo presentan (Lobos, Bejarano y Brotons, 2011).

2.4.9 Mets: Es la unidad de medida del índice metabólico y corresponde a 3,5 ml O₂/kg x min, que es el consumo mínimo de oxígeno que el organismo necesita para mantener sus constantes vitales.

2.5 Hipótesis de investigación

2.5.1 Hipótesis general

El Programa de Prevención terciaria y rehabilitación cardíaca produce una influencia positiva en la calidad de vida de pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

2.5.2 Hipótesis específicas

La actividad física influye en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

El control nutricional influye en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

La intervención psicológica influye en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

El control de medicamentos se corresponde con la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

La calidad de vida es deficiente en el paciente que ha tenido un evento coronario en el Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud- Lima 2020.

2.6 Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
V.I. Prevención Terciaria	La prevención terciaria es el nivel de prevención que incluye medidas que van dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad con el objetivo de disminuir su progresión y la aparición de complicaciones mejorando a su vez la calidad de vida de los pacientes. Anchique et al., (2018)	La Rehabilitación cardiaca actividades programadas en 24 sesiones realizadas en un gimnasio de RC con participación de un equipo multidisciplinari o (médico, Psicólogo, Fisioterapistas, nutricionistas, enfermeras)	Actividad Física	Aeróbica: Velocidad/ Tiempo/días
				Anaeróbicos Dinamometría
			Psicología	Consulta Educación
			Control Nutricional	Educación
				Seguimiento nutricional:
			Tratamiento médico	Consulta educación Monitoreo de medicación
V.D. Calidad de vida	La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus	La calidad de vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud	Física	Agotamiento
				Disnea
				Dolor Torácico
				Dolor en las piernas
				Limitación Deportiva
				Mareos
				Limitación
				Inseguridad y ejercicio

expectativas, sus normas, sus inquietudes. Achury et al.,(2011)	física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación	Emocional	Limitación Física
			Dificultad sexual
			Frustración
			Inútil
			Confianza
			Depresión
			Relajación
			felicidad
			Ansiedad
			Llanto
		Inseguridad	
		Miedo	
		Social	Dependencia
		Actividades Sociales	
		Confianza en otros	
		Sobrepotección	
		Carga para los demás	
Inclusión			
Incapacidad para relacionarse			

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Estudio retrospectivo y longitudinal de una cohorte, estableciéndose un nivel basal de los sujetos del estudio al ingreso al programa de Prevención Terciaria y una medición final, luego de la participación de los pacientes en el programa.

Se aplicó un enfoque analítico al contrastar el nivel inicial y final de los participantes del estudio. Mendoza (2014); (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Los pacientes adultos, portadores de cardiopatía coronaria, con tratamiento médico, post operado o post intervencionismo que ingresaron al programa de Prevención terciaria- Rehabilitación cardiaca del Instituto Nacional cardiovascular durante el año 2018, siendo un total de 1,030 pacientes. Dirección de Gestión clínica y calidad INCOR EsSALUD (2018).

3.2.2 Muestra

Tamaño de la población:	1,030
Proporción esperada:	70,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Margen de error:	5%
Efecto de diseño:	1,0

$$= \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)}{0,05^2(2100 - 1) + 1,96^2(0,5)(0,5)} 1,030 = 280$$

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
0,5	280

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 15 años con cardiopatía que ingresaron al programa de Rehabilitación cardiaca del Instituto Nacional cardiovascular, durante el año 2018.

Criterios de exclusión:

Pacientes referidos de provincia menores de 15 años.

Pacientes menores de 15 años

3.3 Técnicas de recolección de datos

Técnica: Análisis documental.

A todos los pacientes que ingresaron al programa de Prevención Terciaria de rehabilitación cardiaca en INCOR durante el 2018, se les aplicó la prueba QLMI2 (Anexo 2) al inicio y fin del examen como parte del programa.

Los datos se recogieron partir de las historias clínicas electrónica y físicas. Los datos se colocaron en una ficha de recolección de datos en formato Excel, donde constaron los datos referentes a filiación, medidas antropométricas, factores de riesgo, diagnósticos, procedimientos realizados y terapéutica médica.

Asimismo, el número de sesiones a los que asistió el paciente y los datos de la evaluación nutricional, y psicológica antes y después de la intervención con el programa de prevención terciaria.

La información de la variable de calidad de vida se recolectó con las evaluaciones iniciales y finales a la intervención mediante el instrumento QLMI2. (Anexo 2).

Los ítems, las escalas y niveles y rango de los indicadores de la variable Prevención Terciaria:

Indicadores	Ítems	Escalas y valores	Niveles y rangos
Aeróbica: Velocidad/ Tiempo/días	Mets /CF escala de Borg	Ordinal Nominal	Adecuada Inadecuada
Anaeróbicos Dinamometría	Kg/m2	Ordinal	
Consulta Educación	2 consultas 2 talleres	Nominal	Bueno, regular, malo
Educación	2 talleres	Nominal	Bueno Regular Malo
Seguimiento nutricional:	IMC % de grasa y perímetro abdominal	Ordinal < 25 Hombres <90 Mujeres <80	
Consulta educación	2 consultas 3 charlas	Nominal	Bueno Regular Malo
Monitoreo de medicación	permanente	Nominal	

Los ítems, las escalas y niveles y rango de los indicadores de la variable calidad de vida:

Agotamiento	6	Escala de Likert: Siempre Muchas veces A menudo Algunas veces Pocas veces	Mala:10-23 Regular: 24-46 Bueno: 47-70
Disnea	9		
Dolor Torácico	14		
Dolor en las piernas	16		
Limitación Deportiva	17		
Mareos	19		
Limitación	20		
Inseguridad y ejercicio	21		
Limitación Física	26		
Dificultad sexual	27		
Frustración	1		Mala:10-23

Inútil	2	Escala de Likert: Siempre Muchas veces A menudo Algunas veces Pocas veces	Regular: 24-46 Bueno: 47-70
Confianza	3		
Depresión	4		
Relajación	5		
felicidad	7		
Ansiedad	8		
Llanto	10		
Inseguridad	15		
Miedo	18		
Dependencia	11	Escala de Likert: Siempre Muchas veces A menudo Algunas veces Pocas veces	Mala: 10-23 Regular: 24-46 Bueno: 47-70
Actividades Sociales	12		
Confianza en otros	13		
Sobreprotección	22		
Carga para los demás	23		
Inclusión	24		
Incapacidad para relacionarse	25		

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos recolectados fueron procesados en una base de datos del tipo SPSS versión 22, se realizó el análisis univariado mediante la distribución de frecuencias (tablas de frecuencias); midiendo el grado de variabilidad de los datos por medio de la desviación estándar.

El análisis Bivariado: para comparar variables nominales y determinar el sentido del cambio resultante en las variables a partir de la intervención de Rehabilitación Cardíaca.

La prueba de hipótesis, luego del análisis de asociación se aplicó la prueba Chi cuadrado en el caso de las variables cualitativas y en el caso de las cuantitativas la

prueba de ANOVA para medidas repetidas (previa prueba de normalidad de los datos).



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Resultados descriptivos

Se estudiaron 280 pacientes que participaron del programa de Prevención terciaria mediante la Rehabilitación cardiaca, la media de edad fue de 64,1, siendo mayor en los varones (64,4) en relación con las mujeres (62,3).

La edad más frecuente y la mediana fue de 66 años.

El factor de riesgo de mayor prevalencia fue la HTA con 62,5%, predominio en el sexo femenino que mostró un 65,6% en relación con el masculino con 62,1%.

El segundo factor en frecuencia fue el antecedente de enfermedad cardiovascular (ECV), presente en el 48,2% de los pacientes con ligero predominio en el sexo femenino.

La dislipidemia con una prevalencia de 46,1% y un claro predominio en el sexo femenino, fue el tercer factor más frecuente.

Luego siguieron el consumo de tabaco y la DM con una prevalencia de 42,9% y 28,6% respectivamente, con predominio del sexo masculino en ambos casos.

Tabla 1.

Distribución de los antecedentes médicos y factores de riesgo según sexo

Antecedentes y factores de riesgo	Masculino (n = 248)		Femenino (n = 32)		Total	
	n	%	n	%	n	%
HTA	154	62,1	21	65,6	175	62,5
DM2	72	29,0	8	25,0	80	28,6
Dislipidemia	110	44,4	19	59,4	129	46,1
Consumo de tabaco	108	43,5	12	37,5	120	42,9
Obesidad	49	19,8	7	21,9	56	20,0
Antecedente de ECV	119	48,0	16	50,0	135	48,2

Nota: Elaboración propia

El diagnóstico de ingreso más frecuente a la PT fue de angioplastia coronaria terapéutica (72,5%), seguido por Cardiopatía coronaria y Cardiomiopatía isquémica con el 16,5% y 5,0% respectivamente. Los demás diagnósticos representaron menos del 3,0%, destacando que ingresaron al programa tres pacientes con corazón trasplantado. (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnóstico de ingreso a la prevención terciaria

Diagnóstico de ingreso a la prevención terciaria.

Diagnóstico	n	%
Angioplastia, injertos, prótesis y derivación coronarias	203	72,5
Cardiopatía coronaria	46	16,5
Cardiomiopatía isquémica	14	5,0
Falla cardiaca/Cardiomiopatía dilatada	9	3,3
Enfermedades valvulares	7	2,5

Nota: Elaboración propia

El manejo posterior a la intervención terapéutica invasiva requiere la administración de múltiples medicamentos.

En este sentido, la media fue 4,9 medicamentos/paciente, el 61,8% de la población de estudio recibieron cinco o más medicamentos.

Los medicamentos más administrados fue el grupo de los betabloqueadores (90,7%), seguidos por el de los antiagregantes plaquetarios con 95,4% para el ácido acetilsalicílico y el Clopidogrel con 74,3%.

El tercer grupo fueron las estatinas que se prescribieron en el 95% (atorvastatina), con menor frecuencia de prescripción se evidenció a los bloqueadores de Receptores de Angiotensina (BRA-2) con un 40,7%, los Inhibidores de la enzima convertidora (IECA) con 21%, la metformina con 14,6% de la población, como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de los medicamentos indicados a los pacientes de Prevención terciaria

Distribución de los medicamentos indicados a los pacientes de Prevención terciaria

Medicamentos prescritos	n	%
Ácido acetyl salicílico	267	95,4
Atorvastatina	266	95,0
Beta bloqueadores	254	90,7
Clopidogrel	208	74,3
Bloqueadores angiotensina II	114	40,7
Warfarina	63	22,5
Inhibidores de la ECA	59	21,1
Nitratos	41	14,6
Metformina	41	14,6
Espironolactona	28	10,0

Nota: Elaboración propia

Descripción de los resultados de la intervención

La influencia del control nutricional en la calidad de vida se muestra cuando vemos que el efecto en las medidas antropométricas fue importante y estadísticamente significativo, tal como se puede ver en las tablas 4 y 5.

Después de la intervención de prevención terciaria, apreciamos que en relación al peso hay una pérdida evidente siendo mayor la disminución del mismo en mujeres que en hombres hasta en 3 kg. misma situación se encontró en el índice de masa corporal (IMC), el cual resultó con una disminución de 1 punto en ambos sexos después de la intervención multidisciplinaria.

La circunferencia abdominal también se redujo de manera estadísticamente significativa, observándose una reducción de 2,6 cm., con predominancia en el sexo femenino (ver tabla 4).

Tabla 4. Efecto del componente nutricional de la Prevención Terciaria en las variables antropométricas.

Efecto del componente nutricional de la Prevención Terciaria en las variables antropométricas.

	Femenino		Masculino		Total		Sig.
	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	
Peso previo	73,1	71,8	74,9	73,0	74,7	73,0	
Peso posterior	70,8	68,2	73,5	72,0	73,2	71,6	< 0,05
IMC previo	27,8	27,8	27,1	26,6	27,1	26,9	
IMC posterior	27,0	26,6	26,5	26,2	26,6	26,2	< 0,05
Circunferencia abdominal previa	96,9	95,0	97,1	96,5	97,1	96,0	
Circunferencia abdominal posterior	93,9	92,0	94,5	94,0	94,5	93,9	< 0,05

Nota: Elaboración propia

En la Figura 3, la influencia del control nutricional sobre los parámetros metabólicos, el control nutricional de la prevención terciaria logró cambios positivos y estadísticamente significativos para los resultados de laboratorio como son la Hemoglobina glicosilada (HbG), la Glicemia, el colesterol HDL, el colesterol VLDL y los triglicéridos, mientras que la fracción de eyección y el colesterol total no mostraron variación importante.

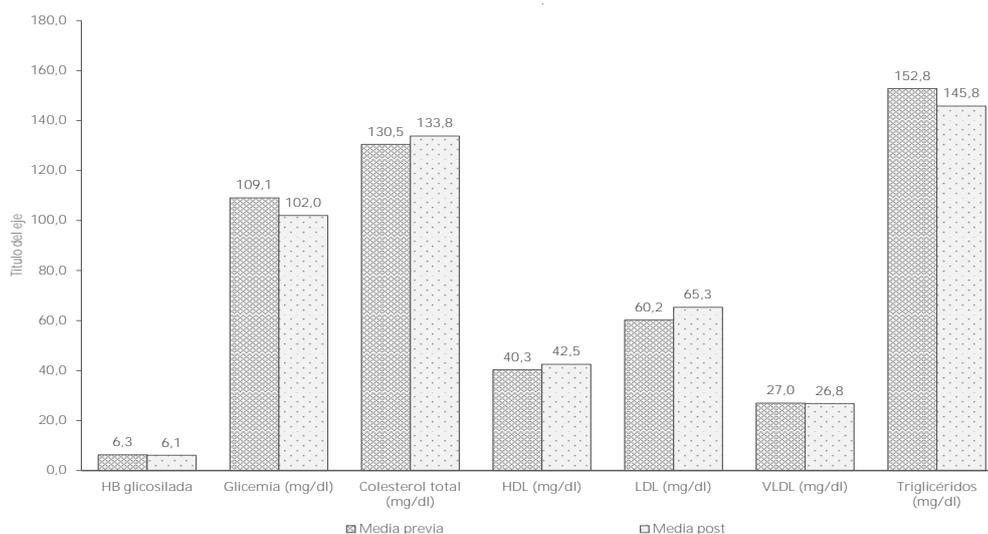


Figura 3. Cambios metabólicos de la Prevención Terciaria relacionados al componente nutricional

La influencia de la actividad física propia de la PT en la calidad de vida, se evidenció en la mejora estadísticamente significativa de la fuerza muscular medida por dinamómetro, el tiempo de duración de ejercicio y METS alcanzados en la prueba de esfuerzo.

En el primer caso, el efecto fue de una mejora de 3,6 puntos entre la medición previa y la posterior, diferencia que fue mayor en el sexo masculino.

El tiempo de ejercicio también se incrementó en más de dos minutos (146 segundos) en relación con los momentos previos a la intervención, no observándose mayor diferencia entre los sexos.

Finalmente, los METS también mostraron un incremento de 1,5 METS, diferencia que fue ligeramente mayor en el sexo masculino (tabla 5).

Tabla 5.

Cambios en la actividad física de la Prevención Terciaria evaluados por variables de capacidad funcional.

VARIABLES DE CAPACIDAD FUNCIONAL	Femenino	Masculino	Total	Sig.
Dinamómetro				
Media previa	24,6	30,3	29,6	< 0,05
Media posterior	27,7	33,9	33,2	
Tiempo de ejercicio				
Media previa	302,7	335,3	331,6	< 0,05
Media posterior	440,8	459,8	457,6	
Mets				
Media previa	5,8	5,9	5,9	< 0,05
Media posterior	7,1	7,5	7,4	

Nota: Elaboración propia

En cuanto a la influencia del control de medicamentos sobre la calidad de vida, no hubo diferencias significativas después de la intervención de la PT-RC como era de esperarse y esto se evidencia en la tabla 6, probablemente por el corto tiempo de permanencia en el programa.

Tabla 6. Efecto de la PT sobre el control de los medicamentos indicados a los pacientes del programa.

Efecto de la PT sobre el control de los medicamentos indicados a los pacientes del programa.

Medicamentos prescritos	Previo		Posterior		Valor p	Sig.
	Prevencción Terciaria n	%	Prevencción Terciaria n	%		
Ácido acetil salicílico	267	95,4	269	96,1	0,83	NS
Atorvastatina	266	95	269	96,1	0,68	NS
Betabloqueadores	254	90,7	266	95	0,07	NS
Clopidogrel	208	74,3	208	74,3	0,92	NS
Bloq Angiotensina II	114	40,7	106	37,9	0,54	NS
Warfarina	63	22,5	17	6,1	0,00	Sig.
Inhibidores de la ECA	59	21,1	56	20	0,83	NS
Nitratos	41	14,6	48	17,1	0,49	NS
Metformina	41	14,6	44	15,7	0,82	NS
Espirinolactona	28	10,00	17	6,1	0,12	NS

Nota: Elaboración propia

La influencia de la intervención psicológica en la calidad de vida se puede evidenciar en las figuras 4 y 5 donde se evidencia la mejoría tanto en la dimensión emocional como en la dimensión social

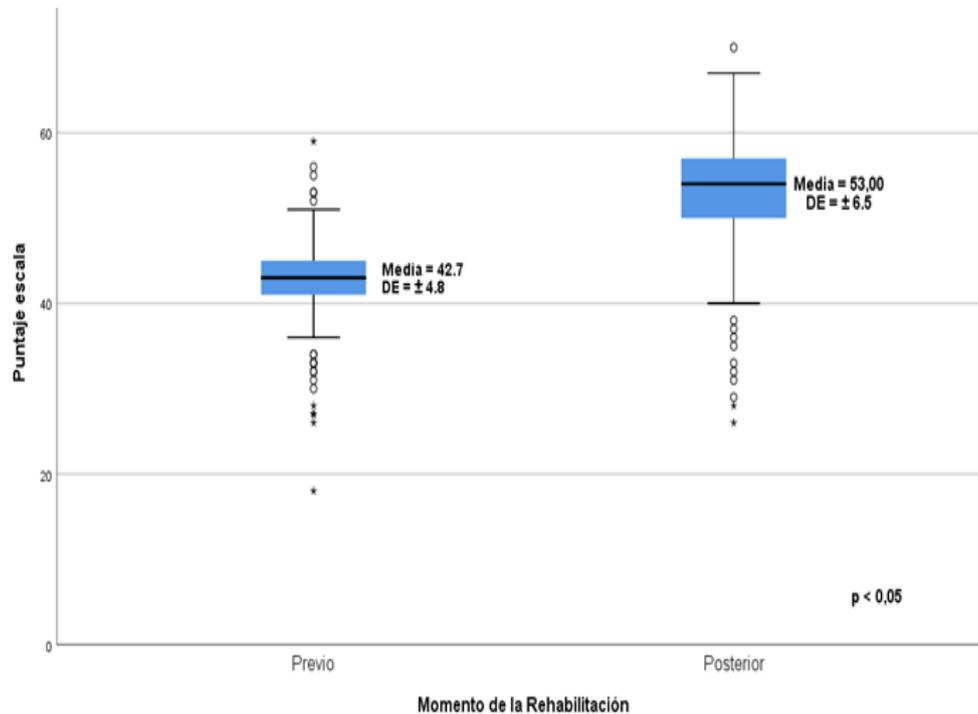


Figura 4. Dimensión Emocional QLMI

Nos permite apreciar como el conjunto total de las mediciones del componente emocional han subido sus valores. Obsérvese que la línea inferior (que representa el 95% de las mediciones hasta el extremo superior), se incrementa hasta el valor 40 y la media (representada por la línea dentro de la caja azul), también subió significativamente demostrando el efecto de la intervención psicológica de la PT sobre la calidad de vida.

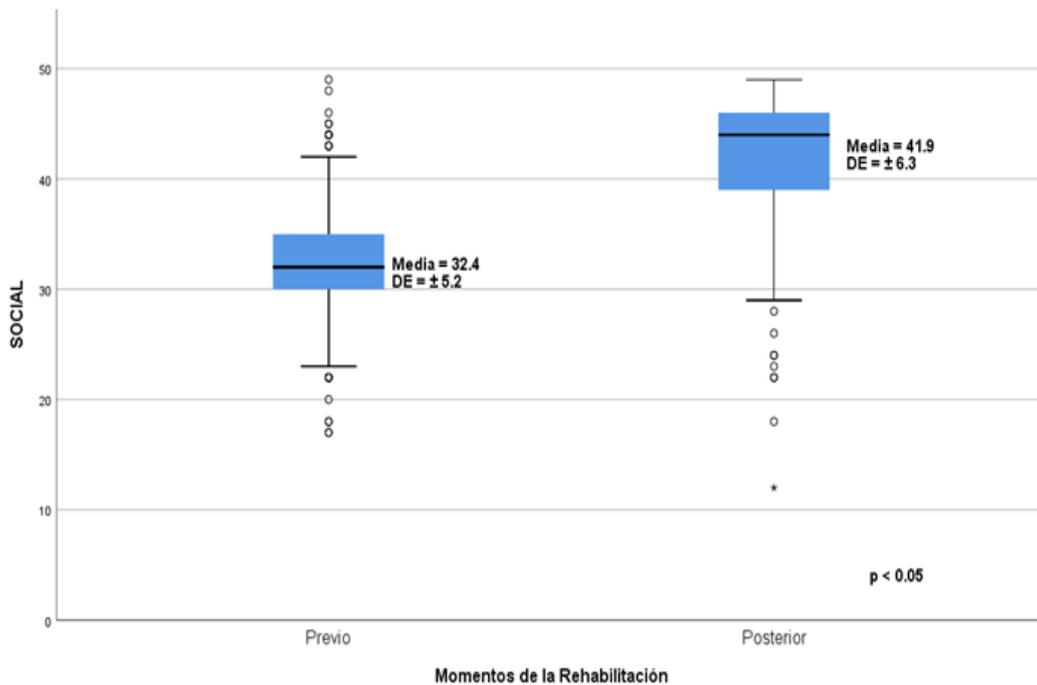


Figura 5. Componente Social QLMI-2

La dimensión social de la calidad de vida también mejoró estadísticamente significativo, aunque en menor proporción que en la dimensión emocional

4.2 Contrastación de hipótesis

Con relación a la hipótesis del estudio, a continuación, se evidencia la influencia positiva de la PT-RC sobre la calidad de vida en los pacientes estudiados ya que los resultados obtenidos muestran que la intervención fue efectiva de manera estadísticamente significativa y que la Calidad de vida mejoró ostensiblemente tanto a nivel global como en cada uno de sus componentes, tal como se muestra en la tabla 7.

El puntaje total del QLMI 2. Se incrementó en 33,5 puntos, es decir subió en 28,7% la calidad de vida de los pacientes, incremento que fue estadísticamente significativo. El mismo patrón se observó para los componentes emocional, físico y social, que se incrementaron en 12,4, 13,3 y 9,5 puntos respectivamente (29,3%, 31,9% y 29,3%). La variación en todos los casos fue mayor en el sexo masculino, aunque no resultó estadísticamente significativo.

Tabla 7.

Efecto de la Prevención terciaria en la Calidad de Vida del paciente portador de cardiopatía coronaria

Componentes QLMI	Media	DE	Sig.
SOCIAL			
Previo	32,4	5,2	< 0,05
Post	41,9	6,3	
FÍSICO			
Previo	41,7	5,9	< 0,05
Post	55,3	8,5	
EMOCIONAL			
Previo	42,6	4,8	< 0,05
Post	53,0	6,4	
GLOBAL			
Previo	116,73	13,232	< 0,05
Post	150,23	19,643	

Nota: Elaboración propia

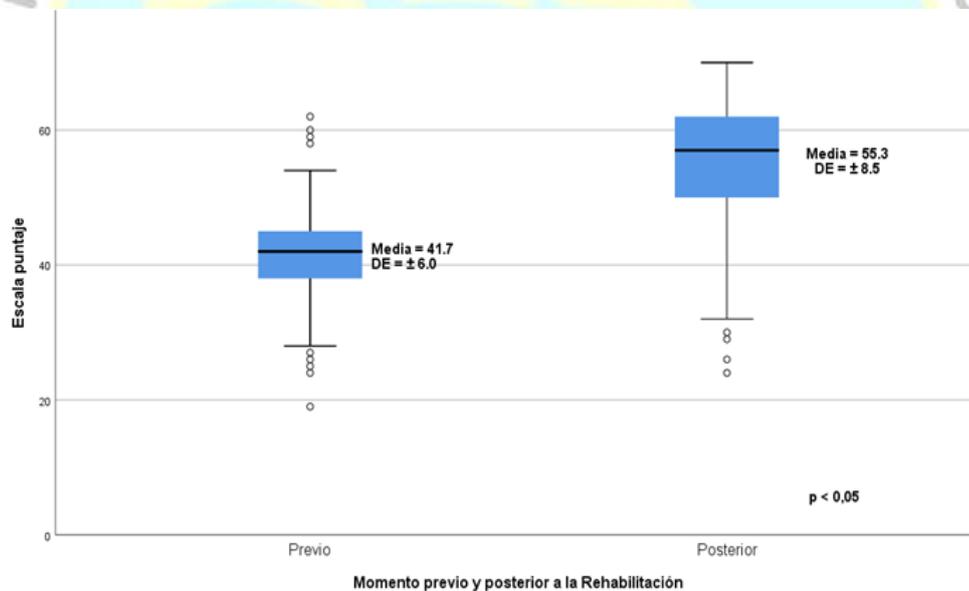


Figura 6. Dimensión Física QLMI-2

Se muestra claramente la influencia de la prevención terciaria sobre la dimensión física de la calidad de vida, que engloba su capacidad de independencia, seguridad física y disminución de las limitaciones que lo acompañaron al ingreso al programa.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

Las características de los 280 pacientes que participaron del programa PT-RC no difieren a las obtenidas en otros estudios similares, predominio de población de sexo masculino y una media que corresponde al grupo de edad de adultos mayores. Nuestros valores de 88,6% de sexo masculino y promedio de edad de 64,1 años, también se muestran en otros estudios donde la predominancia de la cardiopatía coronaria en varones y en la tercera edad está presente. (Alcalá et al.,2017).

La prevención terciaria tiene influencia positiva en la calidad de vida de los pacientes y lo hace controlando todos los factores que pueden influir negativamente en ella, mediante un programa de Rehabilitación cardiaca en el cual se brinda consejería constante al paciente en relación con los aspectos nutricionales, la actividad física, la ingesta de medicamentos. (Cortes et al.,2013).

El beneficio de un buen control nutricional tiene una influencia absolutamente positiva sobre la calidad de vida y lo evidenciamos tanto en el control de peso como en el IMC y la circunferencia abdominal en los pacientes de estudio y estos resultados no difieren de lo manifestado en la literatura. (AACVPR, 2012), (Anchique et al., 2013) y (Rivas et al., 2013).

El efecto beneficioso del control nutricional en el programa de PT-RC sobre los niveles de lípidos también es evidente es así como se aprecia un aumento del colesterol HDL y una disminución de los niveles de triglicéridos y VLDL, logrando que el colesterol total se mantenga en límites normales en el 96% de los pacientes. Mismo resultado se obtuvo en los

valores de glicemia y hemoglobina glicosilada las cuales experimentaron un descenso posterior a la intervención del programa, estos resultados son parecidos a los obtenidos en programas similares. (Cano de la Cuerda et al. (2013); Talledo et al. (2015)), beneficios que podrían ser mayores si se incrementa la duración del programa, como lo recomienda la literatura, sustentado en que daría mayor oportunidad de adherencia del paciente y un mejor seguimiento de sus progresos. Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration (2014). En nuestro instituto por ser uno de los pocos de la región y por la gran demanda que tiene, solo alcanza una media de 21,1 sesiones, cantidad insuficiente, considerando que la mayoría de programas de RC se prolongan por encima de los 3 meses (hasta más de un año en algunos casos), a fin de lograr una buena prevención terciaria y por ende lograr los beneficios que la PT-RC brinda, (Bjarnason et al. (2010); Lima et al. (2018) y Turk (2016)), esta situación se hace manifiesta en la cantidad de medicamentos que recibe el paciente que no disminuyeron al finalizar el programa ya que con el poco tiempo es imposible hacer un seguimiento de los pacientes en este aspecto.

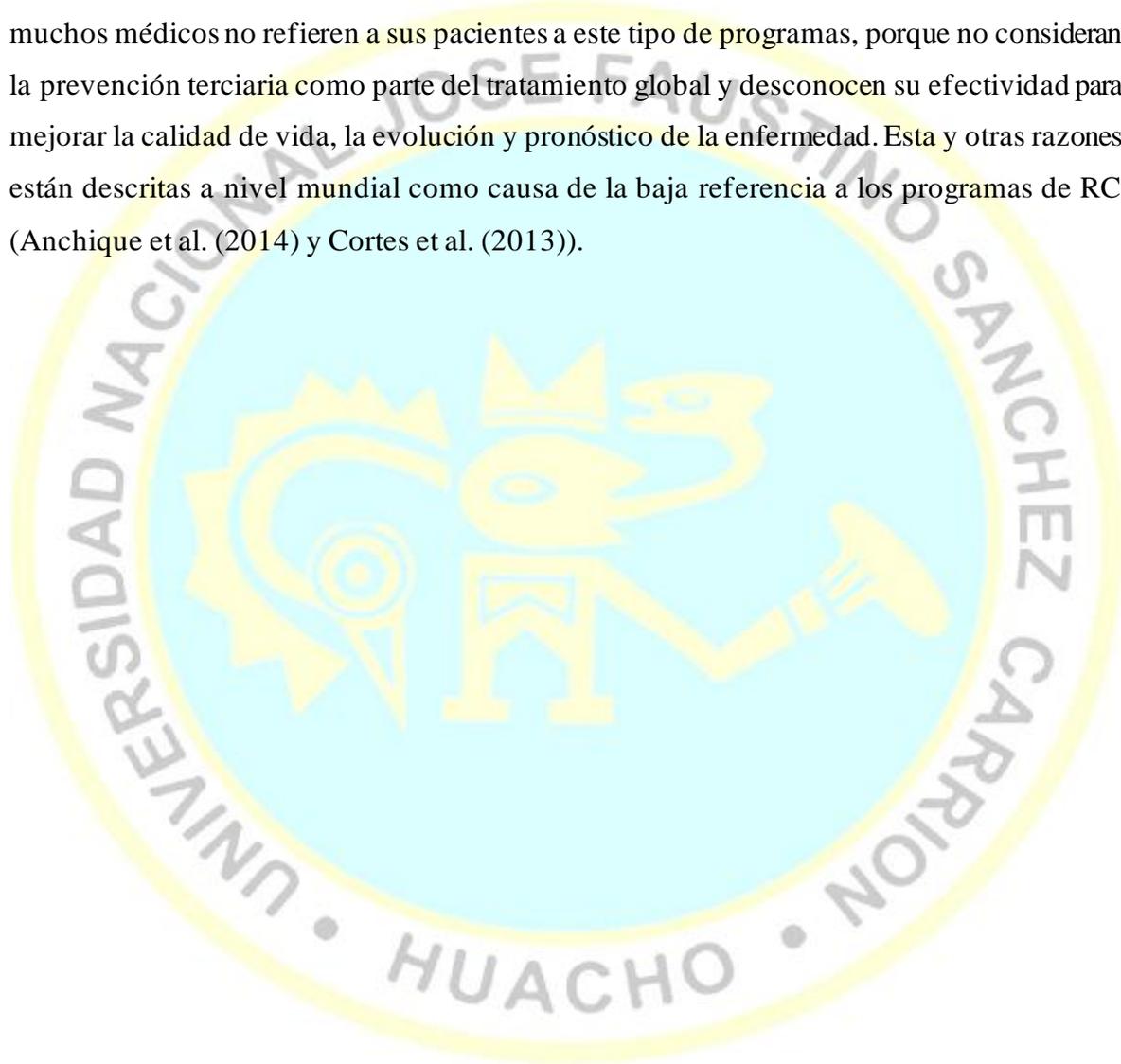
La capacidad funcional es el mejor indicador de la influencia de la actividad física en la calidad de vida y se evidencia por la ganancia de fuerza muscular, la mejoría en la capacidad respiratoria, oxigenación y movilidad entre otros. Nuestros resultados a pesar del poco tiempo de permanencia del paciente en el programa de prevención terciaria no difieren de los obtenidos en estudios similares, donde es evidentemente positiva la ganancia de capacidad funcional y de fuerza muscular. (Fernandez et al.(2015) y Jiménez (2014)).

Concluimos que la mejoría en la capacidad funcional, producto de tratar todos los aspectos dentro de un programa multidisciplinario de prevención terciaria y RC le origina mejor calidad de vida estadísticamente significativa, lo observamos no solo en la esfera física sino también en la emocional y discretamente menor en el aspecto social este último porque el paciente y familia asumen que reasumir su vida social significa retomar los malos hábitos que lo llevaron a la enfermedad e insistimos en que a pesar de los resultados absolutamente positivos, la cantidad de sesiones que se le brinda al paciente es insuficiente para lograr cambios permanentes y la prevención terciaria deseable en las enfermedades cardiovasculares, (Cano et al. (2011); Jiménez (2014); Cantón, Ramos y Carranza (2010); Urzua (2012) y Hillers (1994)).

Muchas veces se detectan las complicaciones precozmente cuando el paciente está en el PRC, pero es imposible un seguimiento eficaz por las razones anteriormente expuestas.

Los resultados de esta investigación muestran que la PT-RC influye positivamente en la calidad de vida de los pacientes portadores de enfermedad coronaria independientemente del tratamiento que reciban, por lo que debe estar indicada a todo paciente portador de este tipo de enfermedad, tal como se muestra en estudios similares de (Mark et al.(2014) y Bjarnason et al. (2010)).

La premisa indicada es crucial si consideramos que en la actualidad se observa que muchos médicos no refieren a sus pacientes a este tipo de programas, porque no consideran la prevención terciaria como parte del tratamiento global y desconocen su efectividad para mejorar la calidad de vida, la evolución y pronóstico de la enfermedad. Esta y otras razones están descritas a nivel mundial como causa de la baja referencia a los programas de RC (Anchique et al. (2014) y Cortes et al. (2013)).



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

La prevención Terciaria a través de un programa estructurado de Rehabilitación Cardíaca influye positivamente sobre la calidad de vida de los pacientes portadores de cardiopatía coronaria.

El control nutricional, así como el control psicológico influye positivamente en la calidad de vida de los pacientes portadores de cardiopatía coronaria isquémica.

La actividad física al mejorar la capacidad funcional influye positivamente en la calidad de vida de los pacientes portadores de cardiopatía coronaria isquémica.

El control medicamentoso durante el programa de prevención terciaria no influye positivamente en la calidad de vida de los pacientes portadores de cardiopatía coronaria isquémica, probablemente por el tiempo corto de permanencia en el programa

6.2 Recomendaciones

La permanencia del paciente dentro de un programa de prevención terciaria debe ser superior a las 36 sesiones para controlar su terapia medicamentosa, comportamientos cardiosaludables, así como poder prevenir y tratar las complicaciones en caso se presentarán.

Un programa de Rehabilitación cardíaca debe instaurarse inmediatamente que el paciente portador de cardiopatía coronaria haya sido sometido a una opción de tratamiento, para obtener los máximos beneficios.

Las instituciones que tratan pacientes con enfermedad coronaria deberían preocuparse por establecer un programa de Rehabilitación cardíaca y prevención terciaria que les permita concluir con las etapas del proceso de la enfermedad.

Deberían existir políticas de salud que permitan la prevención terciaria de forma obligatoria a nivel nacional para que de esta forma sea reconocido por los seguros privados y permitan el acceso a la RC a todos los pacientes.



REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

Dirección de Gestión clínica y calidad INCOR EsSALUD. (2018). *Informe estadístico de producción*. Lima Perú.

Essalud. (2018). *Guía de práctica clínica de rehabilitación cardiaca*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Enfermedades cardiovasculares*.
Obtenido de https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Repaso de la salud mundial de la OMS*.

Sociedad Española de Cardiología. (19 de Marzo de 2002). Rehabilitación cardiaca bajo mínimos. *El País*.

7.2 Fuentes bibliográficas

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México, México: Mc Graw Hill.

Niebauer, J. (2017). Manual de rehabilitación cardíaca. En *Cardiac Rehabilitation Manual*. Salzburg, Austria: Springer. Obtenido de <https://www.springer.com/gp/book/9783319477374>

7.3 Fuentes hemerográficas

Achury, D., Rodríguez, S., Contreras, A., Hoyos, J. y Acuña, J. (. (2011). *Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca*. Investig Enferm. Imagen Desarro. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559004>

Alcalá, J., Maicas, C., Hernández, P., & Rodríguez, L. (2017). Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Medicine*, 2145-52.

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation . (2012). Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention programs. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 753-754.

Anchique, C., López, F., Benaim, B. y Burdiat, G. (2014). Cardiac Rehabilitation in Latin American. *Progress in cardiovascular diseases*, 268-275.

- Anchiquea, C. Fernández, R. y Zeballos, C. (2018). Rehabilitación cardiovascular en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(51). Obtenido de <http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/bitstream/ESSALUD/79/1/Rehabilitaci%C3%B3n%20cardiovascular%20en%20la%20mujer.pdf>
- Arouca, S. (2018). La historia natural de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 44, núm. 4, 2018. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/214/21458870018/html/index.html>
- Báez, L., Camacho, P., Abreu, P. (2006). La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. *Rev. Col. Cardiol.*, 13 (2). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332006000500009&script=sci_arttext
- Bjarnason, B., McGeeb, H. y Zwisler, A. (2010). Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation inventory survey. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 17.
- Cano, R., Alguacil, D., Alonso, J., Molero, A. y Mangolarra, J. (2012) Programas de Rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionado con la salud. *Revista española de cardiología*, 65(1), 73-77. Obtenido de <https://www.revespcardiol.org/es-programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida-articulo-resumen-S0300893211006968?redirect=true>
- Corte, M., Lopez, F., Zeballos, C. y Anchique, C. (2013). Disponibilidad y características de los programas de rehabilitación cardiovascular en América del Sur. *Revista de rehabilitación y prevención cardiopulmonar*, 33 (1), 33-41. doi:<https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e318272153e>
- Dayan, V. y. (2014). *Rehabilitación cardíaca luego de la cirugía de revascularización miocárdica*. México: Elsevier. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
- Dayan, V. y Ricca, R. (2014). Rehabilitación cardíaca luego de la cirugía de revascularización miocárdica. *Arch. Cardiol. Méx.*, 84(4). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402014000400009
- Fernandez, R., Huaman, M., Olortegui, A., Talledo, L., & Palomino, R. (Mayo - Agosto de 2015). *Revista Peruana de Cardiología*, 74-75.
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (Marzo/abril de 2010). *Revista Española de Salud Pública*. doi:2173-9110
- Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration. (2014). Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: a comparative risk assessment. *Lancet Diabetes endocrinology*, 634-47. doi:10.1016/S2213-8587(14)70102-0
- Huamán, M., Fernandez, R., Olortegui, A. y Palomino, R. (2015). Impacto del Programa de Rehabilitación cardiovascular sobre la fragilidad de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR-ESSALUD 2014. *Revista Peruana de Cardiología*, 104.

- Hunt, M. (1997). El problema de la calidad de vida. *Qual Life Res.*, 6(205-12). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5355217&pid=S1135-5727201000020000500002&lng=es
- Marchiori, P. (2006). Globalización, pobreza y salud: premio conferencia Hugh Rodman Leavell. *SciELO Salud Pública*, 2(3), 281-297. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/scol/2006.v2n3/281-297/es>
- Mark, D., Knight, J., Velazquez, E. y Wasilewski, J. (2014). Quality-of-Life Outcomes With Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Ischemic Left Ventricular Dysfunction: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*.
- Mendieta, M. y Castro G. (2020). Riesgo cardiovascular y rehabilitación cardíaca de pacientes cardiopatas. *Revista científica mundo de la investigacion y conocimiento*, 442-452. Obtenido de <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/773/1207>
- Mendieta, M. y Castro, G. (2020). Riesgo cardiovascular y rehabilitación cardíaca de pacientes cardiopatas. (S. d. conocimiento, Ed.) *Revista científica mundo de la investigacion y conocimiento*, 4(1), 442-452. Obtenido de <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/773>
- Reyes, M. y Ruiz, E. (2013). Registro Nacional de Infarto de Miocardio. *Revista Peruana de Cardiología*, XXXIX(1). Obtenido de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v39n1/a2.pdf>
- Rivas Estany, E., Barrera-Sarduy, J.D, Sixto-Fernández, S., & Rodríguez-Nande, L. (8 de julio de 2013). Cómo influye la rehabilitación cardíaca después de la cirugía coronaria y la angioplastia. *Rehabilitación*, 24, 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.07.003>
- Talledo, L., Paredes, J., Fernandez, R. y Palomino, R. (2015). Efecto del Programa de Rehabilitación cardiovascular (PRC) sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular INCOR-ESSALUD 2014. *Revista Peruana de Cardiología*, 128.
- Üstun, T., Chatterji, S., Bickenbach, J., & Kostanjsek, N. (2003). The international classification of functioning, disability and health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12): 565-7.
- Vegas, J., García, J., Hernández, E. y De la Hera, J. (2012). Síndrome metabólico, diabetes y enfermedad coronaria: una relación muy frecuente. *Revista Española de Cardiología*, 65(1), 108-109.

7.4 Fuentes electrónicas

- Cantón, M., Ramos, A., & Carranza, E. (2010). Programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca incluye prevención. *Biblioteca Las Casas*. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0410.php>
- Galindo, I. (2015). *Equipos de trabajo multidisciplinario*. México.

- Gordon, A. (2021). *Consejos para prevenir enfermedades del corazón y accidente cerebrovascular*. (U. d. Arizona, Productor) Obtenido de Sarver Heart Center: <https://heart.arizona.edu/heart-health/informaci%C3%B3n-en-espa%C3%B1ol/10-consejos-para-prevenir-enfermedades-del-coraz%C3%B3n-y-accidente>
- Grace, w. L. (2018). *The application of implementation science theories for population health*. . A critical interpretive synthesis. Canada: Healthy population institute, Dalhousie University.
- Granero, Y. (2015). *Proyecto hombre: El modelo Bio-Psico-Social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*. . Recuperado de: <http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/mbps-en-el-abordaje-de-las-adicciones-aph.pdf>.
- Hillers, T. G. (1994). *Quality of life after myocardial infarction*. Journal of Clinical Epidemiology. .
- Hofer, S. L. (2004). *The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument*. . Australian National University, Canberra.
- Jimenez, K. (2014). Efectos del programa de prevención secundaria de rehabilitación cardíaca en la capacidad funcional de pacientes varones con cardiopatía coronaria crónica en un policlínico de Lima Metropolitana en el año 2012-2013. *Repositorio U.Wiener*.
- Krause, W. y. (2007). *Cardiac Rehabilitation*. . USA: Totowa, N.J.
- Lima de Melo G., Pesah, G., Turk, A. y Supervia, M. (2018). Cardiac Rehabilitation Models around the Globe. *Journal of clinical Medicine*, 1-13.
- Lobos Bejarano, J., & Brotons Cuix, C. (Diciembre de 2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atencion Primaria*, 43(12), 688. doi:10.1016/j.aprim.2011.10.002
- Oleson, M. (1990). Calidad de vida subjetivamente percibida. *Imagen: The Journal of Nursing Scholarship*, 22 (3), 187-190. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5355218&pid=S1135-5727201000020000500003&lng=es
- Pedreira, M. (2018). *La enfermedad cardiovascular en la mujer*. Obtenido de La voz de Galicia: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/santiago/2018/04/01/mujer-perjudica-tener-sintomas-infarto-diferentes-varon/0003_201804S1C5991.htm
- Siegrist, J. (2008). Social determinants of health - a cross cultural perspective. *Int J Public Health*, 53: 277-8.
- Urzua, A. y. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. . Universidad de Tarapacá, Chile.
- Vélez, C., Gil, L. y López, A. (2015). Factores de riesgo cardiovascular y variables asociadas en personas de 20 a 79 años en Manizales. *Univ. Salud*, 17 (1), 32-46. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072015000100004&script=sci_abstract&lng=es

Vilagut, G. F. (2004). *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos*. Barcelona: España.



ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos

I.- Filiación:

Nombres y apellidos:

Código: Edad: Sexo: Fecha de Nacimiento:

Fecha de ingreso al programa:

I.1.- Antecedentes fisiopatológicos: Marcar con una x

HTA: DM2: DLP: TABACO: ECV:

II.- Diagnóstico médico:

	SI	NO		
RVM:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIE10:	<input type="checkbox"/>
ACTP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIE10:	<input type="checkbox"/>
CCI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIE10:	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

III.- Prevención terciaria

A.- Dimensión Actividad física:

A.1: Aeróbica:

	DIA	BASAL	FINAL
ITEM			
Velocidad			
Tiempo (segundos)			
METS/CF			
Escala de Borg			

A.2.- Anaeróbica:

DINAMOMETRÍA:	BASAL	FINAL
Kg/m2		

B.- Dimensión Psicología:

ITEM \ TIEMPO	INICIO	ALTA
Talleres		
QLMI-2		

C.- Dimensión: Control Nutricional:

Seguimiento nutricional

ITEM \ SEMANA	BASAL	2	3	FINAL
Circunferencia				
IMC				
P. abdominal				

D.- Dimensión: Tratamiento médico

ITEM \ TIEMPO	INICIO	ALTA
N ^a Medicamentos		
N ^a de Charlas		
N ^o medicamentos suspendidos		

Anexo 2. Cuestionario QLMI 2- CALIDAD DE VIDA

Estimado paciente: Buscando mejorar su calidad de vida a continuación encontrará una serie de preguntas sobre su estado durante las **últimas 4 semanas**. Sus respuestas **sinceras** lo beneficiarán pues nos permitirán evaluar la calidad de los esfuerzos que le brindamos. Por favor no deje ninguna pregunta en blanco. La información que nos brinde será confidencial y privada, por lo que le aseguramos que ningún dato personal será revelado sin su consentimiento.

Instrucciones:

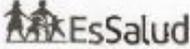
Marque con una X la opción que mejor corresponda a la respuesta que elija para cada pregunta del cuestionario

Fecha:	CODIGO:
--------	---------

Ítem/pregunta	Siempre	Muchas veces	A menudo	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
1. ¿En general cuanto tiempo durante las últimas 4 semanas se ha sentido frustrado/a, impaciente/o enojado/a?							
2. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inútil, que era un estorbo o incompetente?							
3. En las últimas 4 semanas cuantas veces se ha sentido muy confiado/a y seguro/a de lo que podría hacer frente a su problema de corazón?							
4. ¿En general cuantas veces se ha sentido desanimado/a o deprimido/a durante las últimas 4 semanas?							
1. ¿Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo se ha sentido relajado/a, y libre de tensiones?							
6. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agotado/a o bajo de energía?							
7. ¿En general, cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agitado/a o como si hubiera tenido dificultad para intentar tranquilizarse?							
8. ¿En qué medida se ha sentido falto de aire durante las últimas 4 semanas, mientras hacía sus actividades?							
9. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas se ha sentido con ganas de llorar?							
10. ¿Cuántas veces durante las 4 últimas semanas, se ha sentido más dependiente de otras personas que antes de tener su problema de corazón?							
11. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de realizar sus actividades sociales habituales o sus actividades sociales con su familia?							

12. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha pensado que otras personas no tienen la misma confianza en usted que antes de tener su problema de corazón?							
13. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha tenido dolor en el pecho mientras hacía sus actividades cotidianas?							
14. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inseguro/a o faltó/a de confianza en sí mismo?							
15. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido molesto/a por tener las piernas doloridas o cansadas?							
16. ¿Durante las últimas 4 semanas, se ha sentido limitado para hacer deporte o ejercicio por culpa de su problema de corazón?							
17. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido aprensivo/a o asustado/a?							
18. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido mareado o con sensación de flotar en el aire?							
19. ¿En general, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido impedido o limitado por su problema de corazón?							
20. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, no se ha sentido seguro/a de cuánto ejercicio o actividad física debería hacer?							
21. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha sentido como si su familia le protegiera demasiado?							
22. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido como si fuera una carga para los demás?							
23. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido excluido/a de hacer cosas con otras personas a causa de su problema de corazón?							
24. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de relacionarse con la gente a causa de su problema de corazón?							
25. ¿En general, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido muy restringido o limitado por su problema de corazón?							
26. ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha sentido que su problema de corazón limitaba o dificultaba sus relaciones sexuales?							
27. ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido feliz, satisfecho/a o contento en su vida personal?	Muy insatisfecho o infeliz la mayor parte del tiempo	generalmente muy insatisfecho o infeliz	algo insatisfecho o infeliz	generalmente satisfecho o feliz	feliz la mayor parte del tiempo	muy feliz la mayor parte del tiempo	Extremadamente feliz

Anexo 3. Autorización comité de ética Institucional:

INCOR	PELUSO
	530
INSTITUTO NACIONAL Cardiovascular	

"Año de la Universalización de la Salud"

NOTA N° 32-CE-DIR-INCOR-ESSALUD-2020

Lima, 09 de marzo del 2020

Dr.
Julio Morón Castro
Director
Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR - EsSalud
Presente.

Asunto: Informe favorable del Proyecto de investigación "Prevención Tercaria y calidad de vida de pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de Essalud - Lima-Perú 2020"

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez comunicarle que el proyecto de investigación "Prevención Tercaria y calidad de vida de pacientes con cardiopatía coronaria isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular de Essalud - Lima-Perú 2020", presentado por la investigadora principal Dra. Rosalía Fernández, ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional Cardiovascular "Carlos Alberto Peschiera Carrillo", el mismo que cumple con los requisitos de ética en investigación, por lo cual se informa favorablemente sobre la realización de dicho proyecto en el Servicio de Cardiología No Invasiva del Instituto Nacional Cardiovascular "Carlos Alberto Peschiera Carrillo".

Si otro particular, queda de usted.

Atentamente,


Dra. Rosalía Fernández
Medica Cardióloga - M.D. (P)
C.O.P. 11124 - C.O.E. 11111
INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR
INCOR - ESSALUD

RECIBIDO
09 MAR. 2020
11-294

RFCleto
NITS/f-2019 593


EsSalud
INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR-INCOR
OFICINA DE ASESORIA JURIDICA
11 MAR 2020
RECIBIDO
Firma: _____ Hora: 11:29

Anexo 4. Autorización del estudio por la Dirección del Instituto Nacional cardiovascular:

 
Año de la Universalización de la Salud

MEMORANDO N° 60 - DIR-INCOR-ESSALUD-2020

PARA: Dra. ROSALÍA FERNÁNDEZ CORONADO
Jefa de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada - INCOR

DE: Dr. JULIO ALBERTO MORÓN CASTRO
Director del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR

ASUNTO: Autorización para inicio de investigación

REFERENCIA: Nota N° 32-CE-DIR-INCOR-ESSALUD-2020

Lima, 13 MAR. 2020

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y atendiendo que el proyecto de investigación titulado "Prevención Terciaria y Calidad de Vida de Pacientes con Cardiopatía Coronaria Isquémica del Instituto Nacional Cardiovascular - Lima -Perú 2020", a cargo de la investigadora principal, Dra. Rosalía Fernández, ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR en sesión de fecha 09/03/2020, debiendo velar su despacho por la adecuada presentación de los documentos correspondientes.

En ese sentido, esta Dirección, manifiesta su decisión de autorizar el inicio del estudio de investigación con un plazo de vigencia que vence el 05/03/2021.

Se devuelve expediente en un total de 50 folios, a fin de agregarse al expediente principal para su custodia.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


Dr. Julio Alberto Morón Castro
DIRECTOR
INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR
INCOR-ESSALUD

JAMC/CAPRI/napj/
515-MT 2019-593
C.c. Dra. Rosalía Fernández

www.essalud.gob.pe | Jr. Coronel Zegarra 417
Jesús María
Lima 11, Perú
T. 411-1360

Dra. ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA

ASESOR

Dra. ELENA LUISA LAOS FERNANDEZ

PRESIDENTE

Dra. BETTY MARTA PALACIOS RODRIGUEZ
SECRETARIO

Dra. CECILIA MAURA MEJIA DOMINGUEZ

VOCAL

Dra. JULIA DELIA VELÁSQUEZ GAMARRA
VOCAL

