



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después
de su participación en el Programa de Rehabilitación
Cardiaca, Instituto Nacional del Corazón, EsSalud
2007**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

AUTORES

Rufina RAFAEL ARQUEROS

Silvia BERNEDO JUÁREZ

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rafael R, Bernedo S. Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, Instituto Nacional del Corazón, EsSalud 2007 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

*A Dios nuestro guía y consejero
espiritual porque sin el
no habríamos logrado alcanzar
nuestros sueños.*

*A nuestra docente: Dra. Juana
Echandía Arellano por su
colaboración en la realización del
presente trabajo.*

*A nuestros padres quienes con sus
esfuerzos y ejemplo nos ayudan en la
consecución de nuestros objetivos.*

Rufina y Silvia.

Agradecemos a nuestras docentes de la Segunda Especialización en Enfermería de la U.N.M.S.M. por su abnegada labor en la formación de Enfermeras especialistas .

A los pacientes que participaron en el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

A la Lic. Elizabeth Espinoza por su valiosa colaboración para la ejecución del trabajo de investigación.

Rufina y Silvia.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	xi
PRESENTACIÓN.....	xiii
 CAPITULO I: EL PROBLEMA	
A. Planteamiento y delimitación del problema.....	1
B. Formulación del problema.....	2
C. Justificación.....	2
D. Objetivos.....	4
E. Propósito.....	4
F. Marco teórico.....	5
F.1 Antecedentes.....	5
F.2 Base teórica.....	9
G. Definición Operacional de Términos.....	15
 CAPITULO II: MATERIAL Y METODO	
A. Tipo, nivel y métodos de investigación.....	16
B. Descripción del área de estudio.....	16
C. Población y muestra.....	19
D. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	19
E. Validez y confiabilidad del instrumento.....	20
F. Plan de recolección de datos.....	20
 CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	
A. Presentación, Análisis e Interpretación de Datos.....	21

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A. Conclusiones.....	41
B. Recomendaciones.....	43
C. Limitaciones.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°	PÁG.
1. ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	22
2. ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	24
3. ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	26
4. HABITO DE FUMAR EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	28
5. HABITO DE INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN FRECUENCIA ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	30
6. HABITO DE INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN CANTIDAD EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	32
7. HABITO DE INGESTA DE ALIMENTOS EN PACIENTES CORONARIOS SEGUN TIPO ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	33

8.	DISCIPLINA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	35
9.	MODALIDAD DE EJERCICIO FISICO REALIZADO EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	37
10.	INFORMACION RECIBIDA RESPECTO A REINICIO DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	39

RESUMEN

Los pacientes cardiacos constituyen un grupo especial de personas; son actores de un estilo de vida que han promovido el desarrollo de enfermedades coronarias adoptando conductas no adecuadas como: consumo de tabaco, bebidas alcohólicas dietas, indisciplina en la toma de medicamentos y una vida sedentaria.

El tratamiento en este grupo de paciente esta dirigido a adoptar cambios en el estilo de vida para evitar complicaciones ulteriores y reincidencia en desarrollar nuevos eventos coronarios que requieren reingresos para próximas cirugías.

El Instituto Nacional del Corazón – EsSalud, no escapa de esta realidad; para lo cual se realizó el presente estudio de investigación, teniendo como objetivo determinar estilos de vida de los pacientes post – operados de cirugía cardiaca antes y después de haber participado en el Programa de Rehabilitación Cardiaca para ello se realizó la presente investigación de enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo; con diseño descriptivo-longitudinal por el periodo y secuencia de la investigación y prospectivo por el tiempo de ocurrencia de los hechos investigados.

La población estuvo constituida por 48 pacientes que constituye la muestra de un total de 250 pacientes que en promedio ingresan al Programa de Rehabilitación Cardiaca en un año (2006).

Los datos recolectados fueron obtenidos mediante una entrevista estructurada la cual se aplicó en dos momentos antes y

después de haber participado los pacientes en el Programa de Rehabilitación Cardíaca.

Los resultados fueron procesados mediante las pruebas estadísticas no paramétricas, siendo analizadas y confrontadas con la bibliografía.

Este estudio, permitió determinar la modificación en el estilo de vida de los pacientes que participaron en el programa de rehabilitación cardíaca lo que nos permite plantear estrategias y/o sugerencias para mejorar la calidad de atención de los pacientes en el programa así como la implementación de este programa en instituciones de salud que lo requieran.

Palabras claves: Estilos de Vida, Rehabilitación Cardíaca, Revascularización Miocárdica.

ABSTRACT

Cardiac patients are a special group of people are involved in a lifestyle that has promoted the development of coronary heart disease by taking appropriate behavior such as consumption of snuff, alcohol diets, indiscipline in taking drugs and a sedentary life.

The treatment in this patient group is directed to adopt changes in lifestyle to prevent further complications and recurrence developing new coronary events requiring readmission for future surgeries.

The National Heart Institute - EsSalud not escape this reality, which was conducted this research study in order to determine the lifestyle of patients post - cardiac surgery before and after participating in the Program Cardiac Rehabilitation for this research was conducted this quantitative approach, application-level, longitudinal descriptive design by the length and sequence of research and outlook for the time of occurrence of the events investigated.

The population consisted of 48 patients who constituted the sample for a total of 250 patients on average entering the cardiac rehab program in one year (2006).

The collected data were collected using a structured interview which was applied at two points before and after patients participated in cardiac rehab program.

The results were processed using non-parametric statistical tests, being analyzed and compared with the literature.

This study revealed the change in lifestyle of patients who participated in cardiac rehabilitation program which allows us to put strategies and / or suggestions for improving the quality of patient care in the program and the implementation of this program in health institutions that require it.

Keywords: Lifestyle, Cardiac Rehabilitation, Myocardial Revascularization.

PRESENTACIÓN

Este trabajo de investigación titulado “Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca Instituto Nacional del Corazón – EsSalud 2007”, tuvo por finalidad evaluar en que medida los pacientes coronarios del programa de rehabilitación cardíaca, modifican sustancial, sostenida y convenientemente su estilo de vida.

El estilo de vida saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición de factores nocivos que representan riesgo para la salud. En los pacientes coronarios los factores de riesgo son aquellos signos biológicos, hábitos y estilos de vida entre los cuales tenemos los no modificables y modificables siendo estas últimas las abordadas en el presente estudio de investigación.

Para mejor comprensión el siguiente trabajo está organizado de la siguiente manera:

Capítulo I. Introducción. El cual presenta el planteamiento, formulación y justificación del problema, objetivos y propósitos de la investigación; antecedentes de estudio base teórica definición operacional de variables y de términos. **Capítulo II.** Material y métodos: material y métodos que incluye métodos usados, descripción del área de estudio, población, muestra y técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y el plan de recolección de datos. **Capítulo III.** Resultados y discusión en el cual se ve la presentación, análisis e interpretación de datos y el **Capítulo IV.** Conclusiones recomendaciones y limitaciones, referencia bibliográfica, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DE PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (1993;1), señala que, la Rehabilitación Cardíaca brinda la herramienta para lograr un estilo de vida sana, libre de complicaciones, una vida mas larga y de mejor calidad (1).

El Instituto Nacional del Corazón (INCOR) de EsSalud, cuenta con un Programa de Rehabilitación Cardíaca donde los participantes pueden o no haber tenido un evento coronario, o haber sido sometidos a cirugía cardiovascular.

La Organización Mundial de la Salud (1993; 110), menciona que hoy en día la Rehabilitación Cardíaca es considerada parte esencial a la que debe tener acceso todos los usuarios Cardíacos, con el fin de mejorar la capacidad funcional, aliviar o disminuir los síntomas relacionados con la actividad, reducir

la invalidez injustificada y permitir al usuario desempeñarse en forma útil y satisfactoria dentro de la sociedad (1).

A esto Almeida; et al (1995; 369, citado por Almeida) señala que: “por tal motivo los cambios en el estilo de vida son muy importantes porque determina cambios de hábitos: dietas, abandono del cigarrillo, del alcohol, disciplina en la toma de medicamentos y la adopción de un régimen de actividad física”. (1).

Sin embargo Almeida; et al. (1995; 396) (1983; 205, 213), observa que los usuarios del programa de rehabilitación Cardíaca, cuando se incorporan a la vida habitual pierden estos cambios en el estilo de vida y cae en el estilo de vida anterior. En tal sentido es importante valorar el grado de modificación en el estilo de vida de los pacientes post-operados, usuarios del programa de Rehabilitación Cardíaca (2).

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZÓN –INCOR . 2007?

C. JUSTIFICACIÓN

Actualmente el número de pacientes que acuden al programa de rehabilitación cardíaca es de aproximadamente 250 usuarios (2006), pero al cabo de meses se observa

abandonos en el programa. Esto debido a que algunos usuarios provienen del interior del país, hay desmotivación indirecta por parte de la familia, falta de concientización del paciente, retorno a la actividad laboral, entre otros; conllevando a recaídas y como consecuencia reingresos a la Institución de EsSalud – INCOR para próximas cirugías Cardiacas.

De ahí la importancia de conocer, difundir y concientizar a la población usuaria respecto a la finalidad y objetivo del Programa de Rehabilitación Cardíaca en los estilos de vida del paciente coronario para poder abordar los problemas detectados y contribuir a cumplir con los objetivos propuestos.

Se debe tener en cuenta que los pacientes que reingresan por diversos motivos al Instituto Nacional del Corazón – INCOR de EsSalud, generan incrementos de costos, los cuales son escasos, afectando el costo / beneficio; el cual sería de mayor oportunidad para otros pacientes; si el usuario del Programa de Rehabilitación Cardíaca no reingresase por motivos que pueden ser prevenibles a través del estilo de vida. Por ello es importante conocer si las recomendaciones impartidas durante el Programa de Rehabilitación Cardíaca han modificado sustancial, sostenida y convenientemente el estilo de vida del paciente; de no ser así estaríamos presentando la necesidad de evaluar y reestructurar el programa de Rehabilitación Cardíaca para lograr los objetivos de éste.

D. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar el Estilo de vida de los pacientes coronarios antes y después de su participación en el programa de rehabilitación Cardíaca del instituto nacional del corazón.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los estilos de vida de pacientes coronarios antes de su participación en el programa de Rehabilitación Cardíaca.
- Identificar el estilo de vida que tiene los pacientes coronarios después de su participación en el programa de Rehabilitación Cardíaca.
- Comparar el estilo de vida antes y después de su participación en el programa de rehabilitación cardíaca.

E. PROPÓSITO

El presente estudio de investigación tuvo como propósito evaluar en que medida los pacientes coronarios del programa de Rehabilitación Cardíaca modifican sustancial, sostenida y convenientemente su estilo de vida.

Los resultados obtenidos se elevarán a las instancias correspondientes a fin de que sean consideradas en el programa de Rehabilitación Cardíaca, esperando con ello contribuir a mejorar el estilo de vida de estos pacientes, evitando recaídas y reingresos a la institución de EsSalud.

F. MARCO TEÓRICO

F.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Canobbio M. (1994; 60, 263) en su obra “Trastornos Cardiovasculares” señala que: “las enfermedades Cardiovasculares son la primera causa de muerte en los Países Desarrollados”. Según las Estadísticas de la American Heart Association (AHA) de 1989, hubo cerca de un millón de muertes por enfermedad cardiovascular, de los cuales el 53,6% se produjeron como consecuencia de ataques cardíacos, el 3,1% de ellas por enfermedad hipertensiva, 0.7% por enfermedad cardíaca reumática y el 27,6% por todas las demás enfermedades cardiovasculares”. (5)(2)

Datos reportados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección de Análisis de Situación de Salud (1999; 5-9) menciona que: “los últimos cincuenta años han sido testigos del incremento de las enfermedades cardiovasculares, llegando a ocupar el primer lugar como causa de enfermedad y muerte”. Según estudios realizados en Venezuela en el año 1996 ocuparon el primer lugar en la tasa de mortalidad 139.2 por cada 100,000 habitantes, seguidas por la mortalidad de causas externas (66.3) y enfermedades malignas (6.44) hecho que evidencia una diferencia importante”. (6)

Ramírez Hoffman, (1997; 99-102) en “Medicina del Ejercicio”, realizó estudios sobre acondicionamiento físico y estilos de vida saludable señalando que “la actividad física traducida como acondicionamiento físico debe ser parte de los estilos

de vida saludable; jugando un papel importante en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Para que se obtengan los beneficios debe hacerse diariamente, por lo menos 30 minutos los cuales pueden ser continuos o intervalos. Es importante que el ejercicio físico se maneje como un medicamento; por tanto, en lo posible lo debe prescribir un médico especialista en ejercicio (7).

Kannel WB, et al. (1961;33- 60) Factors of risk in the development of coronary heart disease- six year follow- up experience. Ramírez H. (1997; 100), Medicina del Ejercicio y la Organización Mundial de la Salud, (1964; 1-49) en “La Rehabilitación en las Enfermedades Cardiovasculares” mencionan que: “los pacientes con enfermedad cardiovascular y que han sufrido algún tipo de cirugía cardíaca constituyen un grupo especial de personas”. Son actores de un estilo de vida que ha promovido el desarrollo de la enfermedad arterial coronaria. Esto dio lugar a que en los años siguientes se desarrolle ampliamente la fisiología del ejercicio agudo y del entrenamiento físico extendiéndose a los enfermos del corazón como tratamiento coronario y dando origen al programa y la definición de Rehabilitación Cardíaca. (7) (8) (9)

La Organización Mundial de la Salud (1993; 1-110): rehabilitación después de las enfermedades cardiovasculares, con especial atención en los Países en Desarrollo. Pinson A, et al. (1996; 45 –49), en Rehabilitación Cardíaca. Actuación Multidisciplinaria e importancia del Profesional de Enfermería, en este contexto mencionan que: “en la actualidad la Rehabilitación Cardíaca está conformado por un equipo

multidisciplinario (cardiólogo, enfermera, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta) encargados de devolver al individuo el bienestar biopsicosocial después de un evento coronario: infarto de miocardio o cirugía cardiovascular”.

Además es considerada como parte esencial a la que debe tener acceso todos los usuarios cardiacos con el fin de mejorar la capacidad funcional, aliviar o disminuir los síntomas relacionados con la actividad, reducir la invalidez injustificada y permitir al usuario desempeñarse en forma útil o satisfactoria dentro de la sociedad“. (10) (11)

Almeida D. (1995; 369 – 396), Manual de Cardiología Clínica. Refieren que: “en este sentido los cambios en el estilo de vida es el objetivo más importante por que determina cambios de hábitos: dieta, abandono del cigarrillo disciplina en toma de medicamentos y la adopción de un régimen de actividad física y aprende a relajarse y controlar el stress de la vida, convirtiéndose en la intervención mas importante a largo plazo en los usuarios con enfermedad coronaria, sin embargo cuando ya se incorpora a la vida habitual pierde esta disciplina y cae en el estilo de vida previo. Es así que se hace especial énfasis en mejorar la calidad de vida como objetivo Social primordial de la Rehabilitación Cardíaca, interviniendo a que el paciente se adapte mejor al medio ambiente inmediato y en la sociedad facilitando una mejor integración social de los pacientes”. (2)

Pinson A (1996; 48-50) refiere que la investigación de Enfermería en esta materia aun tiene amplio camino por

recorrer. La Rehabilitación incrementa el conocimiento y adherencia al tratamiento, disminuye la ansiedad, promueve la aceptación de la enfermedad, facilita el proceso de recuperación cardiaca, ofrece un sin fin de posibilidades para desarrollar estudios debido al amplio rango de conocimientos, su aplicación clínica y las actividades docentes, administrativas y humanistas que giran alrededor de esta importante área cardiológico. (11) (12)

Los trabajos de investigación que surjan de enfermería en rehabilitación Cardíaca mostrarán los elementos que permitirán una mejor atención para el paciente, además de un importante recurso para dar a conocer y difundir en nuestro medio los importantes beneficios de estos programas.

Guerra A. (1996;45-49) en su publicación titulada "Participación y Proyección de Enfermería en los programas de Rehabilitación Cardíaca" refiere, que la organización mundial de la salud definió por primera vez la Rehabilitación Cardíaca en una reunión en Ginebra en 1968, como el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes cardíopatas una condición física, mental y social óptimas para que por sus propios medios logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y les conduzca a una vida activa y productiva. A partir de entonces se crearon centros y clínicas de rehabilitación Cardíaca inicialmente en Europa y posteriormente en Canadá y los Estados Unidos, años después la Rehabilitación llega a los países hispanohablantes y dentro de estos a nuestro país el cual a través del tiempo ha ido adoptando nuevos

modelos y es así que en el año 1992 en el Instituto Nacional del Corazón se inicia. El programa de Rehabilitación Cardíaca. A pesar de ello la Rehabilitación cardíaca aun representa un campo poco conocido y por consiguiente poco explorado por enfermería. (4)

F.2 BASE TEÓRICA

Las enfermedades cardiovasculares constituye la primera causa de invalidez y muerte en hombres y mujeres en la mayoría de los países Americanos y en vías de desarrollo. Según las estadísticas de la American Heart Association (AHA) de 1989, hubo cerca de un millón de muerte por enfermedad cardiovascular, 53.6% de los cuales se produjeron a consecuencia de ataques cardíacos, 3.1% de ellas por enfermedad hipertensiva, 0,7% a causa de enfermedad cardíaca reumática y el 27.8% por todas las demás enfermedades cardiovasculares. Siendo una de ellas las enfermedades coronarias. (6)

Las enfermedades coronarias y sus secuelas como el infarto de miocardio agudo, sigue siendo la causa principal de morbimortalidad. La enfermedad coronaria se desarrolla lentamente en el transcurso de los años produciendo la muerte súbita en un tercio de los casos produciendo un 45% de todos estas muertes súbitas por infarto de miocardio en pacientes cuyas edades oscila por debajo de los 65 años y el 5% en edades inferiores a los 40 años. (2)(6).

Las enfermedades coronarias, son un trastorno de las arterias coronarias que finalmente conduce a una interferencia en el suministro de sangre al miocardio. Esta interferencia se debe a placas de ateromas que se desarrollan en las arterias coronarias y que son un acumulo de colesterol, calcio y otras sustancias que se adhieren a las paredes de los vasos comprometiendo el permanente flujo sanguíneo y causando una disfunción miocárdica que varía desde una angina de pecho o infarto de miocardio hasta una insuficiencia cardiaca.

La etiología de la enfermedad coronaria es compleja. Según estudios realizados a un no saben como empieza la arterioesclerosis pero ha sido identificado varios factores que incrementan el riesgo de la aparición de la arterosclerosis coronaria. Estos factores de riesgo incluyen la nutrición, el consumo de tabaco, la vida sedentaria, consumo de tabaco. La indisciplina en la toma de medicamentos y los factores psicosociales.

La severidad de esta enfermedad se mide por el grado de obstrucción que hay en cada arteria y por el número de vasos afectados es así que al obstruirse el 75% o más de la luz de las arterias coronarias aumentan la probabilidad de mayor riesgo de muerte.

La mortalidad de las personas con enfermedad de un vaso es de 1-3%, la enfermedad de 3 vasos aumenta de riesgo de 10-15%. Las personas que sufren el 75% de obstrucción de la arteria coronaria izquierda presentan una mortalidad anual entre 30 - 40%.

Para diagnosticar una enfermedad coronaria se utiliza una serie de pruebas elementales como, test de esfuerzo, cateterismo cardiaco, ecostress, estudios de perfusión miocardiaca.

El tratamiento de esta enfermedad coronaria incluye una serie de medicaciones, medidas dietéticas y preventivas. También se realiza cirugía cardiaca para corregir la obstrucción de los vasos coronarios mediante un bypass aorta coronaria y en algunos casos mediante una angioplastia coronaria.

De los casos de pacientes que han sufrido de enfermedades coronarias constituyen un grupo especial de personas que puedan experimentar alguna mejoría si participan en un programa de rehabilitación cardiaca.

Almeida D. (1995; 384, 385): Manual de Cardiología Clínica. Guerra A. (1996;52-53), Participación y Proyección de enfermería en los programas de Rehabilitación Cardiaca; y Velasco J, Maureira J. (1993; 142 –147) en Rehabilitación del Paciente Cardiaco, señalan que la Rehabilitación cardiaca cobra importancia en los años 70 con el establecimiento y centros de rehabilitación cardiaca en Europa, Estados Unidos y Canadá, mas tarde llega a los países latinoamericanos entre los que figuran México, Colombia, Venezuela, Perú. Como Programa Multifactorial, la rehabilitación cardiaca comprende una serie de actividades encaminadas a la prevención secundaria y modificación de riesgos con la consecuente limitación del daño y mejora de la calidad de vida de los pacientes. (2) (4) (13)

En los programas de rehabilitación Cardíaca participan diferentes profesionales del equipo multidisciplinario de salud. Enfermería tiene una participación cada vez más significativa desarrollando acciones en cada una de sus áreas de desarrollo: administrativa, asistencial, docente humanística y de investigación. El perfil del profesional de enfermería restablece una serie de conocimientos y características necesarias para su desenvolvimiento con el fin de asegurar la atención y seguridad de los pacientes dentro de los programas. (4)

La Rehabilitación Cardíaca comprende varias fases dentro de las cuales tenemos:

- Fase I: Corresponde a la hospitalización en la unidad de cuidados coronarios y por lo general dura tres a cuatro días dentro de sus objetivos esta:
- La movilización progresiva
 - El tratamiento de stress y el inicio de la evaluación del estilo de vida del paciente
- Fase II: Corresponde al resto de la estancia hospitalaria y el paciente egresa entre el 7mo y 10mo día dentro de sus objetivos esta:
- Movilización progresiva creciente de acuerdo con la tolerancia del paciente
- Fase III y IV: Son las etapas de convalecencia y la etapa tardía en la que el paciente se ha reincorporado

a su actividad habitual dentro de sus objetivos tenemos:

- El entrenamiento físico con ejercicio supervisado
- Los cambios en el estilo de vida y el tratamiento del stress. (2) (4)

Muchas de las muertes producidas a consecuencia de problemas coronarios pueden evitarse si el ser humano adopta estilos de vida saludables que las diversas esferas del campo vital.

Según estudios realizados se ha descubierto varios factores que pueden contribuir a la aparición de patologías cardiovasculares. Estos factores pueden dividirse en: factores no modificables como: la herencia, raza, sexo, edad y los antecedentes personales de enfermedad coronaria y vasculares; dentro de los factores modificables como el habito de fumar, ingesta de bebidas alcohólicas, la inactividad física, malos hábitos alimenticios (dieta) y la indisciplina en la toma de medicamentos.

Modificado estos factores se disminuye en forma importante el riesgo coronario aumentando así la expectativa y calidad de vida.

Pinson A. Educación del paciente Cardiovascular en los programas de Rehabilitación Cardíaca (2000, 28- 30) refiere que “debido a ello, la educación del paciente es un componente importante en la Rehabilitación Cardíaca ya que favorece la

adherencia del paciente al programa, disminuye la ansiedad, facilita el proceso de la recuperación evitando la progresión de la enfermedad. Pero los pacientes que no aprenden a vivir siguiendo las recomendaciones impartidas y la terapia médica tienen más posibilidades de regresar a los malos hábitos practicados antes de la enfermedad y correr el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular. (12)

La educación de nuevos estilos de vida mas saludables para el paciente es parte integral en cada fase de Rehabilitación; haciéndose énfasis en la identificación y modificación de los factores de riesgo modificables para prevenir futuros eventos coronarios (12)

Almeida D. y Brandi S. Manual de cardiología clínica (1995; 395) menciona que “el fin último de la rehabilitación cardiaca es la mejoría de la calidad de vida. La misma puede ser medida de múltiple manera. No obstante, el alivio de los síntomas y la mejoría en la capacidad funcional, los cambios del estilo de vida y el retorno al trabajo parecen ser variables bastantes objetivas y cuantificables para evaluar la efectividad de los programas. (2)

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Estilo de vida: Conjunto de pautas y hábitos cotidianos de comportamiento del paciente que influyen positiva o negativamente en su salud en relación al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, inactividad física, indisciplina en la toma de medicamentos, malos hábitos alimenticios; por ser estos hábitos modificables.

Programa de Rehabilitación Cardíaca: constituido de actividades dirigidas al paciente coronario para asegurar a los pacientes cardiopatas una condición física, mental y social optimas para que por sus propios medios logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y las conduzca a una vida activa y productiva.

Paciente Coronario. Paciente con patología cardiaca de angina estable, cardiomiopatía dilatada, infarto de miocardio, angioplastías, revascularización miocárdica entre las edades de 30 a 65 años y de ambos sexos.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

A. TIPO, NIVEL Y METODOS DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación es un estudio de enfoque cuantitativo ya que permite la medición y cuantificación de las variables en estudio de nivel aplicativo con diseño descriptivo longitudinal por el periodo y secuencia de la investigación y prospectivo por el tiempo de ocurrencia de los hechos investigados.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El Instituto Nacional del Corazón – EsSalud; se encuentra ubicado en la ciudad de Lima; Distrito la Victoria, sito en la Avenida Grau N° 700; siendo sus instalaciones alquiladas por convenio con el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, las cuales se encuentran distribuidas como se detallan en el Anexo N° 2.

El Programa de Rehabilitación Cardíaca es el área para el presente trabajo de investigación. Este se desarrolla en el primer piso en la parte posterior del Hospital, sus instalaciones son amplias, alfombradas, con buena iluminación y ventilación.

Esta conformado por un equipo de profesionales como: 1 médico cardiólogo asistente, dos enfermeras de la especialidad, nutricionista, asistente social, psicóloga y médico residente de la especialidad que cumple rotación académica y profesionales de la segunda especialidad de enfermería.

Cuenta con los siguientes recursos y equipos médicos: faja ergométrica, bicicletas ergométricas, ergómetro de mano, balanza, Tensiómetros, estetoscopios, monitor – desfibrilador, coche de paro, resucitador manual y materiales educativas.

El trabajo en el programa de Rehabilitación Cardíaca es de carácter multidisciplinario desarrollándose según la condición clínica del paciente, el mismo que es promovido de acuerdo a su evolución.

Los pacientes son derivados de Consulta Externa y son los médicos: cirujano cardiovascular y cardiólogo; que evalúan al paciente antes de su ingreso al programa. Valoran su condición inicial ayudado por el examen clínico: test ergométrico, ecocardiografía, electrocardiograma y examen de laboratorio, los que deben realizarse antes de cumplir los dos meses de haberse presentado el evento cardíaco, para posteriormente en la presentación clínica junto con el equipo

que dirige el programa, decidir si el paciente esta en condiciones de su ingreso inmediato o posterior.

Se atienden a paciente con patologías cardiacas como: Infarto del miocardio, angina de pecho, cardiomiopatías dilatadas, cardiopatías valvulares, angioplastías, valvuloplastías, insuficiencias cardiaca. Además a pacientes post operados de cirugía con prótesis valvulares y revascularización miocárdica; los cuales, este ultimo será sujeto de estudio de nuestra investigación.

Su horario de atención es de 7am a 5 pm. En el turno de la mañana se realiza sesiones en dos grupos de 10 a 12 pacientes, por espacio de 12 sesiones en total. Si el paciente a evolucionado favorablemente pasa automáticamente al turno de la tarde, previa evaluación medica. Por las tardes se realiza un solo turno, con 10 a 12 pacientes en un total de 8 sesiones más completando el total de 20 sesiones; sumando a ello las sesiones educativas de carácter obligatorio, acompañado de un familiar o persona responsable del paciente con el propósito de hacerlo participe en la atención del paciente.

Además se realiza terapia de campo una vez al mes, que consiste en un paseo donde participan los pacientes y familia en juegos, ejercicios y caminatas dirigidos bajo la supervisión del equipo multidisciplinario fomentando la integración al entorno familiar y un ambiente social.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida de 250 pacientes del programa de rehabilitación cardiaca (2006) la muestra fue de 48 pacientes obtenida mediante la formula (Anexo F).

En los criterios de inclusión se consideraron pacientes de ambos sexos, comprendidos entre los 30 a 65 años de edad; con diagnósticos de: angina estable, cardiomiopatía dilatada, infarto miocardio, angioplastia y revascularización miocárdica y; que aceptaron participar en el estudio.

En los criterios de exclusión, se consideraron a pacientes con segunda cirugía cardiaca, valvuloplastia, y reingrasantes al Programa de Rehabilitación Cardiaca de INCOR.

En los criterios de eliminación se consideraron pacientes que abandonan el programa y fallecidos.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica para la recolección de datos fue la “entrevista” individual que tuvo por objetivo obtener información sobre los estilos de vida del paciente coronario antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardiaca.

Los pacientes fueron entrevistados en los ambientes del programa de Rehabilitación cardiaca por los investigadores, teniendo el consentimiento informado de los pacientes. La entrevista se realizó el primer día que fueron citados para su

ingreso al programa en turno tarde, en el horario de 2 pm a 3 pm. Teniendo un promedio de duración de 20 minutos por paciente, los días miércoles en un primer momento y posteriormente fueron captados para una segunda entrevista después de haber participado en el programa de Rehabilitación Cardíaca.

E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos utilizados en el presente estudio de investigación fueron sometidos a juicio de expertos: cuatro enfermeras de la especialidad de cardiología y 2 enfermeras docentes del curso de investigación.

F. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos recolectados de los instrumentos aplicados a la población sujeto de estudio, fueron procesados mediante las pruebas estadísticas no paramétricas; los que son presentados en cuadros estadísticos de doble entrada e histogramas.

El análisis e interpretación de los datos serán realizadas de acuerdo a los cuadros estadísticos obtenidos y confrontados con la bibliografía.

CAPÍTULO III

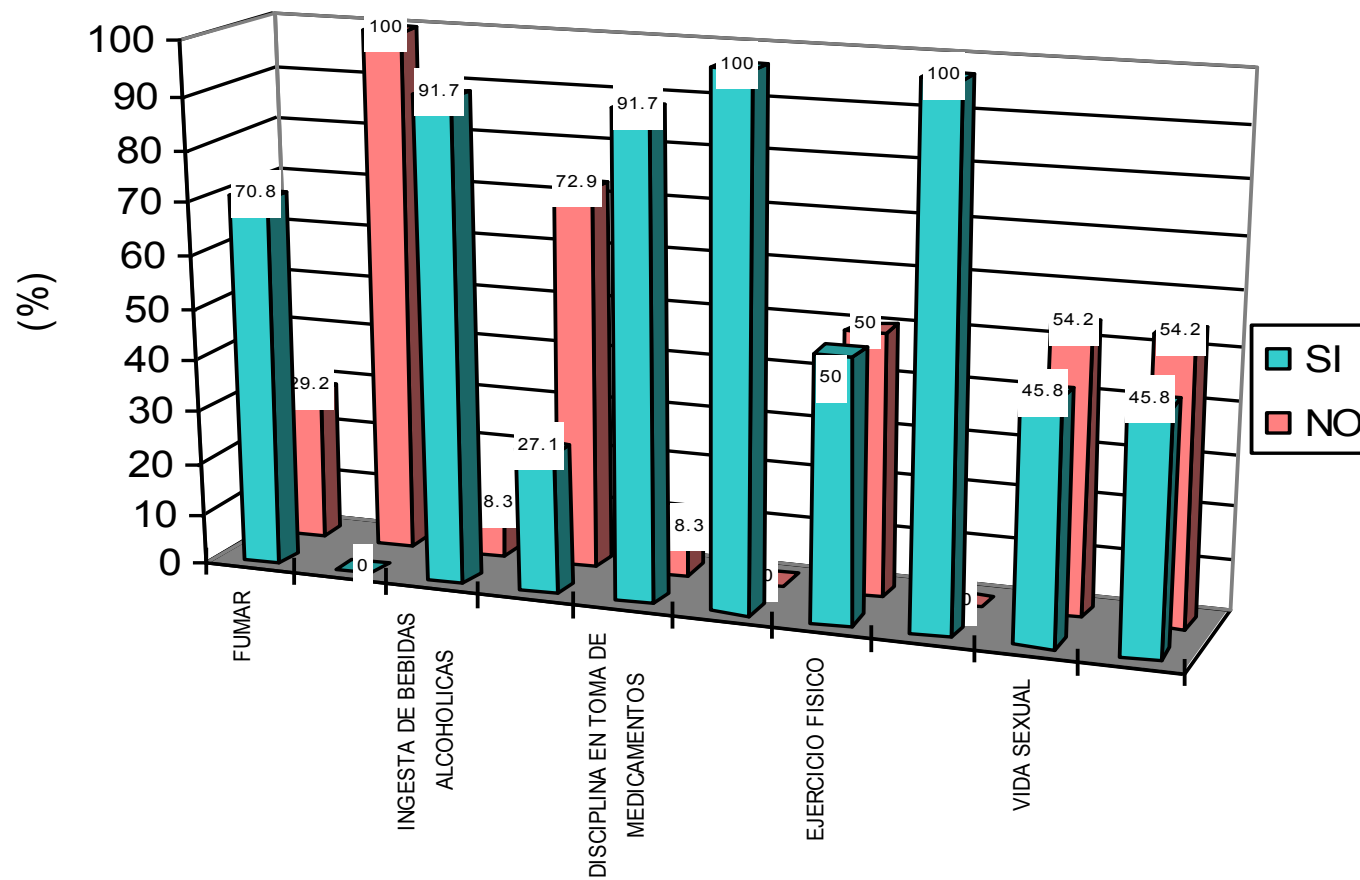
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los resultados de análisis e interpretación de datos son presentados en cuadros estadísticos y la interpretación de los datos son analizados y confrontados con la literatura respectiva.
(Ver Anexo G)

GRAFICO N° 1

ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA



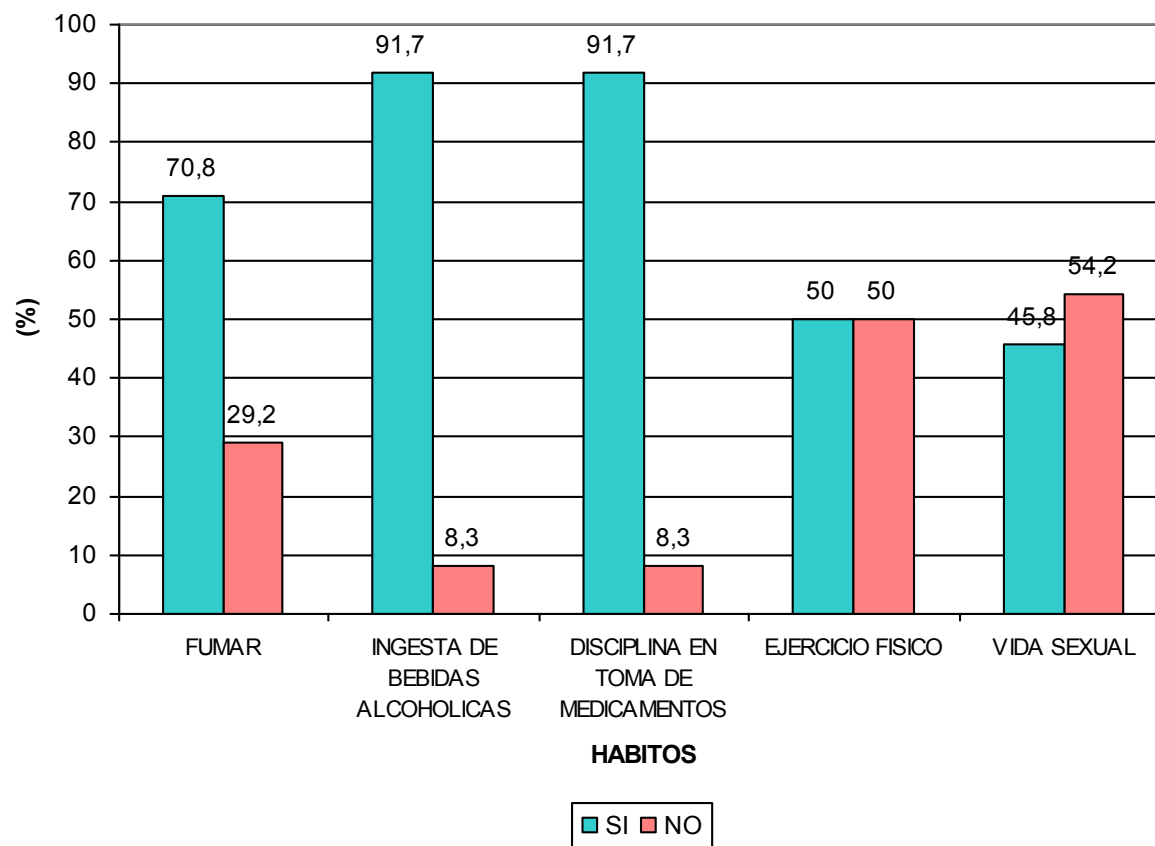
Al relacionar hábitos con estilos de vida (cuadro y gráfico N° 1), se observa que existe influencia estadística altamente significativa entre ambas variables; la cual se ve evidenciado al aplicar la prueba Chi cuadrado; es decir que el hábito de fumar, la ingesta de bebidas alcohólicas y el ejercicio físico, influyen en el estilo de vida; observándose que antes de su participación en el programa, el hábito de fumar fue (70.8%), y después de su participación un (0.0%); siguiendo así el hábito de ingesta de bebidas alcohólicas (91.7%) y después del programa (27.1%); el ejercicio físico (50%) y después del programa (100%). En relación a la disciplina en la toma de medicamentos y vida sexual no se evidencia influencia estadística.

Según estos resultados observados, vemos que el hábito de fumar, ingesta de bebidas alcohólicas y el ejercicio físico, fueron modificados favorablemente. Este resultado coinciden con lo que menciona Leonardo Sánchez^(*) el cual refiere que dentro de los hábitos en estilo de vida; estos los modificables hay que controlarlos para prevenir y evitar complicaciones de las enfermedades cardiovasculares. A diferencia de la disciplina en la toma de medicamentos y vida sexual, no hubo modificación significativa.

^(*)^(*) www.tabaquismo.freehosting.net.

GRAFICO N° 2

**ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES DE SU PARTICIPACION
EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.**

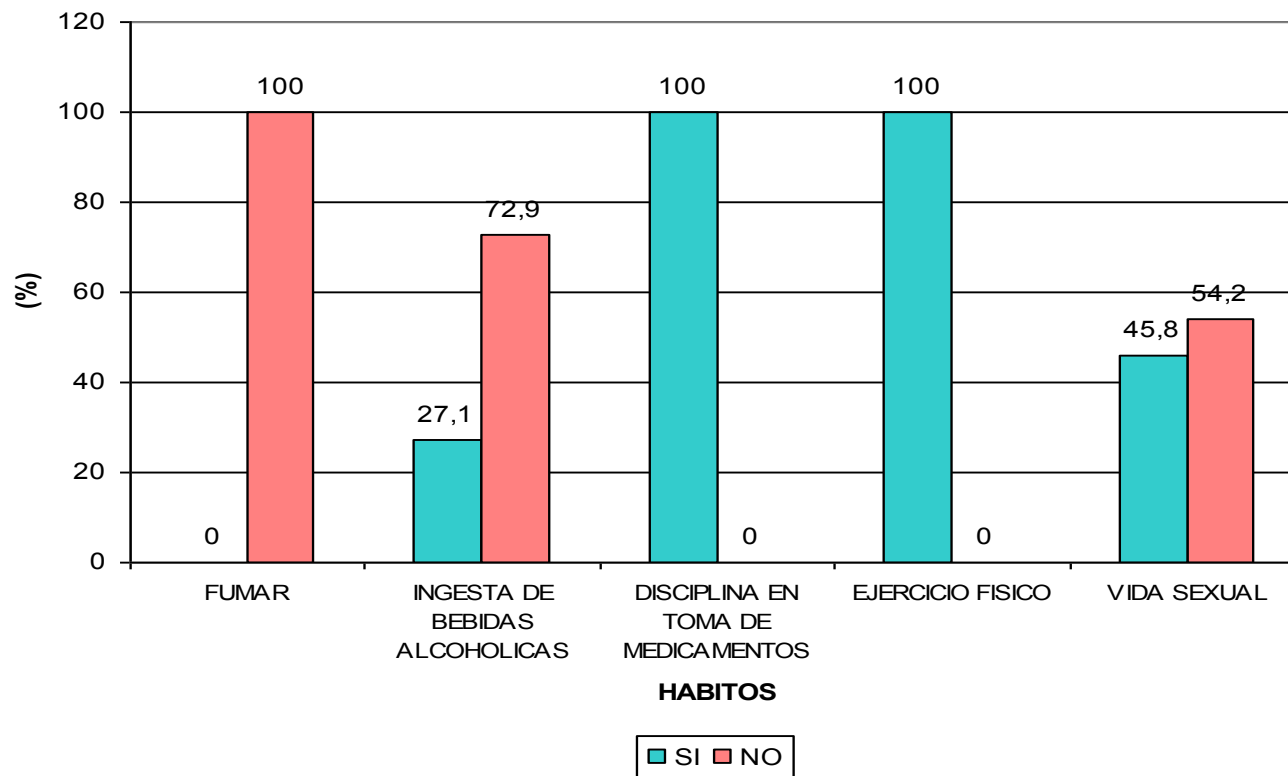


En el presente cuadro al realizar el estudio del estilo de vida de los pacientes coronarios antes de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca (cuadro y gráfico N° 2) se evidencia porcentualmente que los hábitos de ingesta de bebidas alcohólicas y disciplina en toma de medicamentos tienen los porcentajes similares y mayores (91.7% cada uno), seguido del hábito de fumar (70.8%), ejercicio físico (50%) y vida sexual (45.8%).

En la actualidad, no cabe ninguna duda, que la mala práctica y falta de concientización de un estilo de vida saludable, traen como consecuencia enfermedades cardiovasculares que son la causa más importante de invalidez y muerte en el ser humano; ya que se exponen a factores de hábitos nocivos que representan riesgo para la salud.

GRAFICO N° 3

ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.



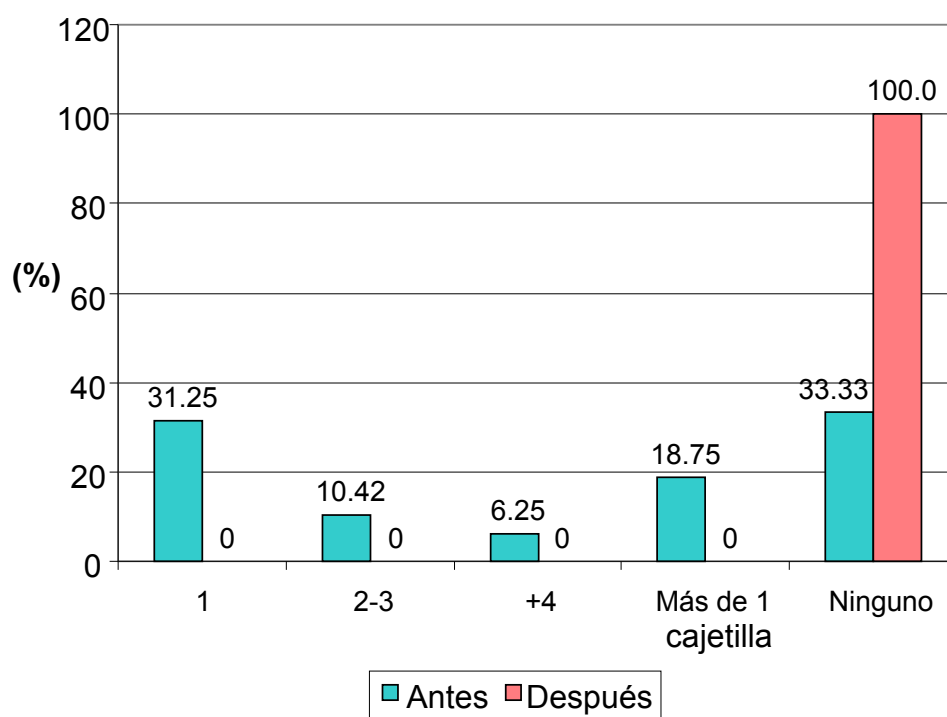
En este cuadro referente al estilo de vida de pacientes coronarios después de su participación en el programa de rehabilitación cardiaca (Cuadro N° 2); se puede observar que en relación al hábito de fumar, disciplina en la toma de medicamentos y el ejercicio físico modificaron su estilo de vida (100%). No así, en cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas (27.1%) y vida sexual (45.8%).

Es así que el programa de rehabilitación cardiaca brinda las herramientas necesarias para lograr un estilo de vida sana intentando modificar los comportamientos o conductas nocivas.

En relación a la ingesta de bebidas alcohólicas vemos que un 27.1% continúa con este hábito nocivo ya que de alguna forma la necesidad de mantener esta ingesta forma una dependencia en el ser humano aboliendo su voluntad para abandonar el hábito de beber alcohol.

GRAFICO N° 4

**HABITO DE FUMAR EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y
DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA
DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.**



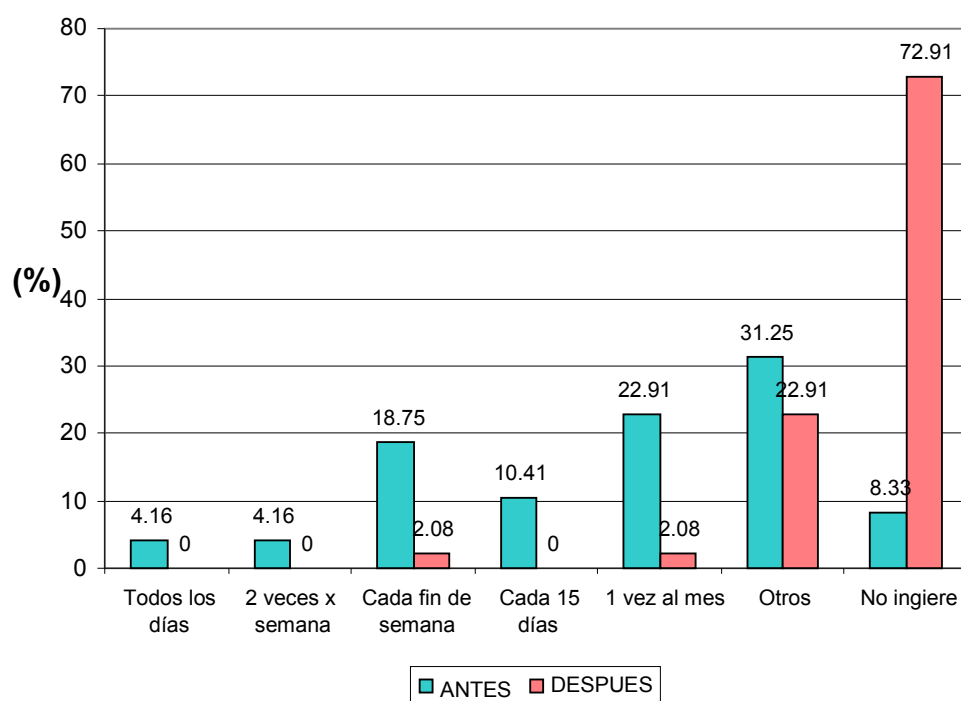
El presente cuadro referido al hábito de fumar haciendo una comparación entre el antes y después de la participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, observamos antes el 31.25% fumaba por lo menos 1 cigarrillo por día seguido de un 18.75% que fumaba más de una cajetilla, siendo estos los datos más relevantes. Después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca observamos que el 100% dejó de fumar.

El hábito de fumar es el factor de riesgo cardiovascular más importante y está relacionado con el comportamiento humano, con la particularidad que es el más fácil de evitar.

Es así que en personas que ya han desarrollado la enfermedad el abandono de dejar de fumar va disminuir a la mitad el riesgo de padecer nuevas complicaciones ya que además de las enfermedades cardiovasculares el hábito de fumar puede causar varios tipos de cáncer y de enfermedades respiratorias, por lo que dejar de fumar aumenta de forma muy importante la esperanza de vida.

GRAFICO N° 5

HABITO DE INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN FRECUENCIA ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.



En el presente cuadro podemos observar que la frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas antes de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, el mayor porcentaje corresponde a un 31.25% en el cual la frecuencia es esporádica en eventos sociales seguido de un 22% que corresponde a una frecuencia de 1 vez por mes y un 18.75% cada fin de semana. Después de su participación en el programa se observa que modificaron la frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas disminuida a un 22.91% en la frecuencia

esporádica y un 2.08% para la frecuencia de cada 1 vez por mes y cada fin de semana.

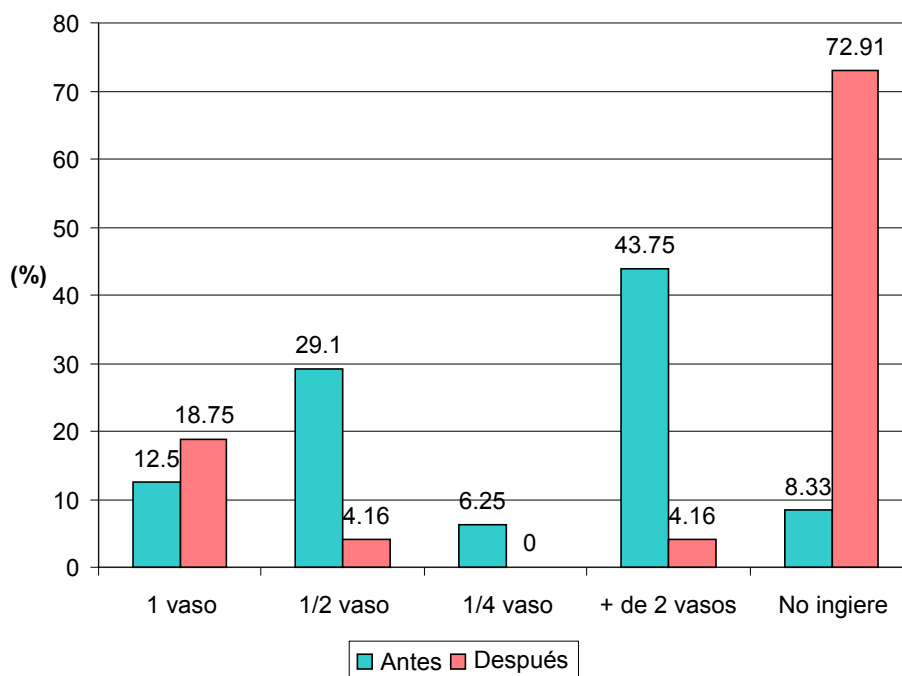
Los resultados obtenidos nos refleja que la ingesta de bebidas alcohólicas constituye un factor de riesgo vinculado al estilo de vida y a las condiciones materiales de vida de la persona siendo un determinante fundamental en el nivel de salud.

Según estudios epidemiológicos realizados^(*) han demostrado que el consumo moderado de bebidas alcohólicas disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares obstruidas debido a que eleva los niveles de colesterol – HDL en la sangre y de esta forma disminuye la tendencia de la sangre a coagular evitando la formación de trombos, lo que explica su aspecto benéfico; pero no obstante cuando el consumo es excesivo eleva los niveles de presión arterial y triglicéridos y así aumentan el riesgo de problemas cardiovasculares, así como un aumento en la mortalidad por cirrosis.

^(*) www.tabaquismo.freehosting.net.

GRAFICO N° 6

HABITO DE INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN CANTIDAD EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.

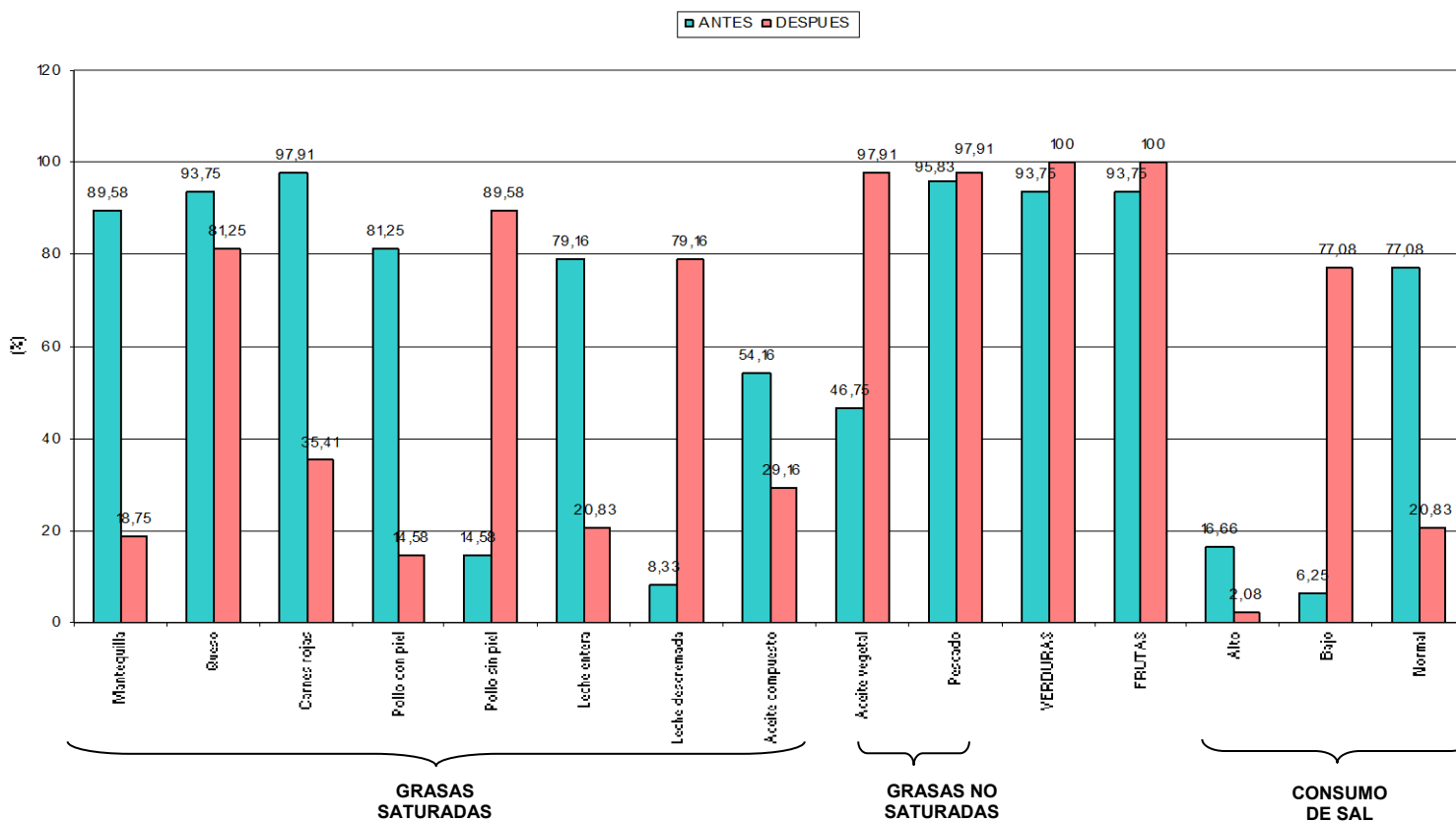


El presente cuadro complementa datos del cuadro anterior en relación a la cantidad de ingesta de bebidas alcohólicas.

Vemos que un 43.75% ingería más de 2 vasos, 29.1% medio vaso y 12.5% un vaso. Después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca vemos que aumenta el porcentaje a un 72.91% que no ingieren ningún tipo de bebida alcohólica, disminuye a un 4.16% la ingesta de más de 2 vasos y $\frac{1}{2}$ vaso, pero aumenta a un 18.75% la ingesta de 1 vaso.

GRAFICO N° 7

HABITO DE INGESTA DE ALIMENTOS EN PACIENTES CORONARIOS SEGUN TIPO ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.



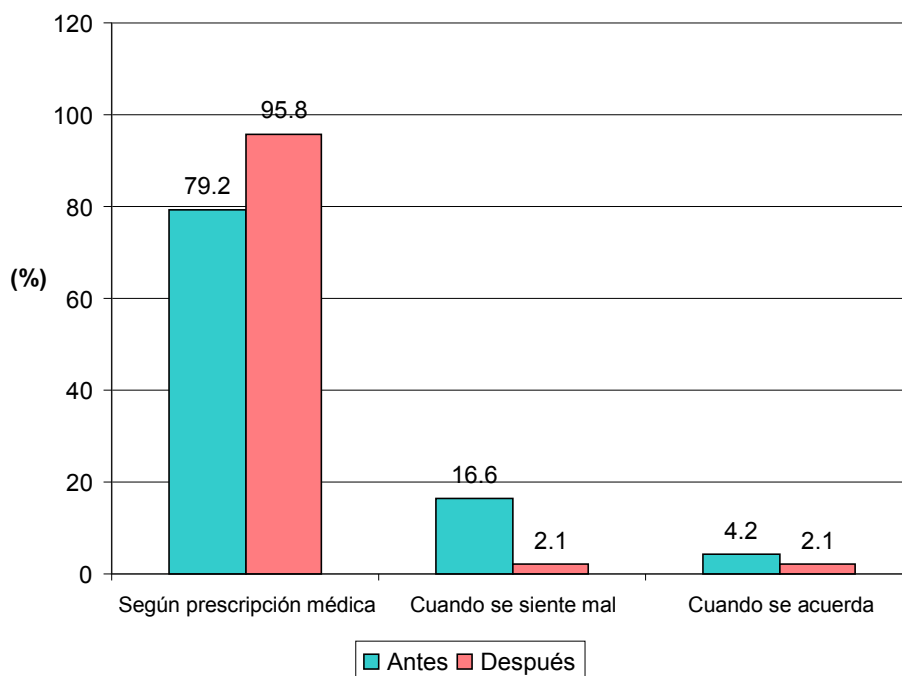
En el presente cuadro respecto a ingesta de alimentos se evidencia que antes del Programa de Rehabilitación Cardíaca la población sujeto de estudio, en cuanto a consumo de alimentos era mayor en relación al consumo de **grasas saturadas** obteniendo los siguientes datos más relevantes: (97.91%, 93.75%, 89.58%, 81.25%, 79.16%) que corresponde a la ingesta de queso, carnes rojas, pollo con piel, leche entera, mantequilla entre otros; el consumo de **grasas no saturadas** (95.83%) corresponde a la ingesta de pescado, **verduras y frutas** corresponde un 93.75% y por último se evidencia un 77.08% el **consumo de sal** en forma normal.

Después del Programa de Rehabilitación Cardíaca se observa que disminuyó significativamente. En cuanto a **grasas saturadas** 35.41%, 18.75%, 14.58% y se incrementan otros como el consumo de leche descremada (79.16%) y consumo de pollo sin piel 89.58%; en **grasas no saturadas** se evidencia consumo de aceite vegetal y pescado en un (97.91%) así como (100%) en el consumo de **verduras y frutas**. Por último respecto al **consumo de sal** modificaron el consumo de sal a bajo en un (77.08%).

Los malos hábitos alimenticios favorecen el desarrollo de trastornos cardiovasculares, trastornos endocrinos metabólicos entre otros; por lo que una alimentación sana y equilibrada para el control del colesterol hacen que los alimentos vayan moldeando el cuerpo y que sus costumbres que conforman su estilo de vida contribuyan a marcar un futuro de persona saludable o enferma en las distintas patologías sobre todo como es el caso del aparato cardiovascular.

GRAFICO N° 8

DISCIPLINA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.



El presente cuadro referido a la disciplina en la toma de medicamentos podemos observar que antes de su participación en el programa un 16.6% lo hacía cuando se sentía mal y un 4.2% cuando se acordaba y posterior a su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca el mayor porcentaje se encuentra dentro del rubro de toma de medicamentos según prescripción médica con un 95.8%.

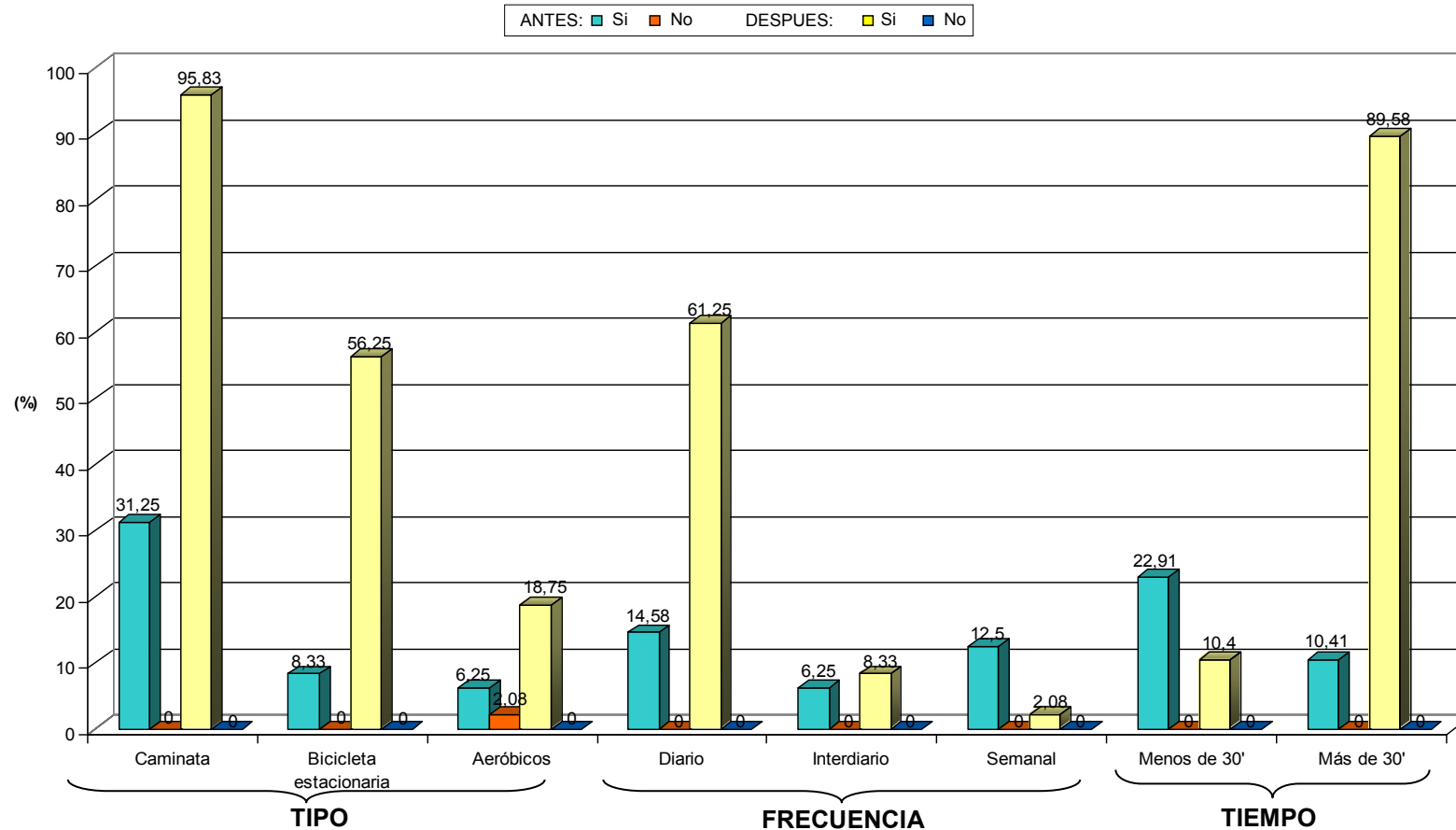
En el presente cuadro al relacionar toma de medicamentos con disciplina (cuadro y gráfico) se puede observar que existe influencia estadística entre ambas variables; la cual es evidenciada al aplicar la prueba de Chi cuadrado; es decir, antes del programa: toman los medicamentos según prescripción médica (un 79.2%), cuando se siente mal (16.6%) y cuando se acuerda (4.2%).

Después del programa se evidencia que existen una disminución significativa cuando se sienten mal (2.1%) y cuando se acuerdan (2.1%).

Estos resultados obtenidos al ser confrontados con la literatura, indican que la concientización en la disciplina de la toma de medicamentos favorecen el alivio de los síntomas; ayudando de esta forma a su mejoría y, a la capacidad funcional del organismo.

GRAFICO N° 9

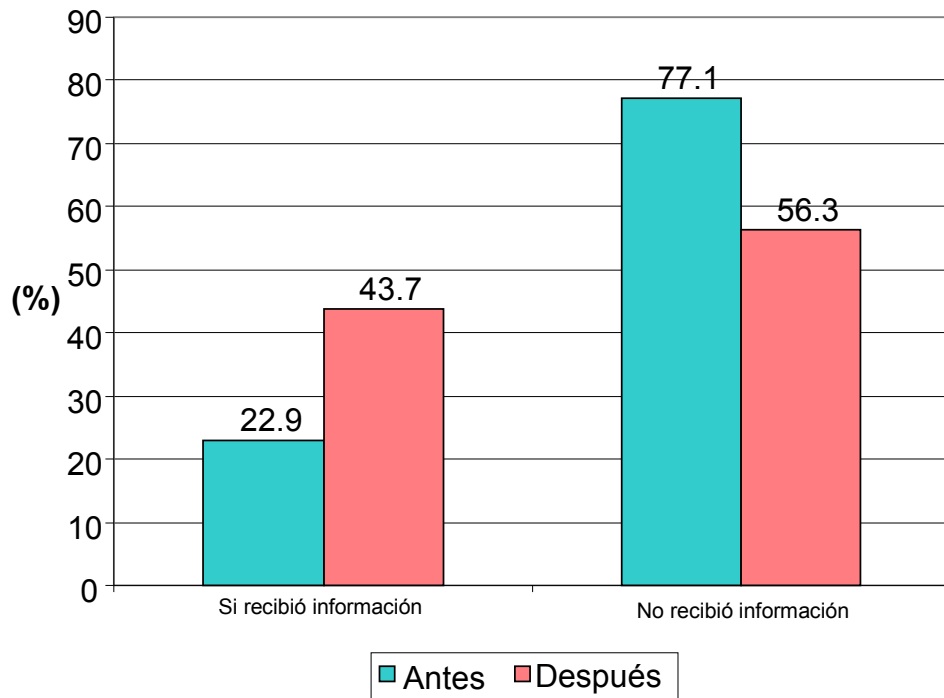
MODALIDAD DE EJERCICIO FISICO REALIZADO EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.



En el presente cuadro al relacionar ejercicio físico con modalidad (gráfico) se puede observar que antes del Programa de Rehabilitación Cardíaca, la población sujeta de estudio, realizaban poca actividad física en los diferentes tipos, frecuencia y tiempo obteniendo los datos más relevantes (a caminata 31.25%, bicicleta estacionaria 8.33%, en cuanto a frecuencia diario 14.58% y tiempo más de 30 minutos 10.41%), pero después del programa vemos que estos resultados mejoran significativamente (95.83%, 56.25%, 61,25% 89.58%), los antes mencionados lo que nos indica que en el Programa de Rehabilitación Cardíaca el programa de ejercicio supervisado hace que el paciente exhiba una conducta esperada, la cual conforme pasa el tiempo se va haciendo hábito, costumbre; contribuyendo de esta forma a mejorar su calidad de vida y que sienta más seguridad en si mismo.

GRAFICO N° 10

INFORMACION RECIBIDA RESPECTO A REINICIO DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.



En el presente cuadro al relacionar información recibida respecto al reinicio de su vida sexual se puede observar que existe influencia estadística significativamente; ya que antes del Programa de Rehabilitación Cardíaca existía un 77.1% que no recibió información; y después de haber concluido el Programa de Rehabilitación Cardíaca vemos que existió un 56.3% que continúa sin ningún tipo de orientación respecto reinicio de la vida sexual.

Estos resultados obtenidos al ser confrontados con la literatura, demuestran que después de presentar problemas coronarios, se genera una gran ansiedad por el miedo y el peligro que representa y se traspola al área de la sexualidad, evitando la persona en muchos casos de llevar una vida sexual por una sobrecarga física, alteración de la imagen corporal y presentándose disminución de su autoestima. Si a esto se suma, la poca información ofrecida o que este sea mal estructurada e incluso inexistente; se crea en el paciente un gran temor y ansiedad en su vida sexual.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- 1) El presente estudio de investigación nos permite determinar que: el estilo de vida de los pacientes coronarios fueron modificados en relación al antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, así tenemos que del total de 48 pacientes coronarios que participaron en el Programa de Rehabilitación Cardíaca antes un 91.7% ingería algún tipo de bebida alcohólica, un 70.8% fumaba y un 50% realizaba algún tipo de ejercicio físico los cuales después de su participación en el programa fueron modificados favorablemente, correspondiéndoles un 100% no así en cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas, que aún persistía su consumo en un 27.1%; del mismo modo no se evidencia cambio significativo en la disciplina de toma de medicamentos y vida sexual.

- 2) El estilo de vida de los pacientes coronarios antes de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, en

cuanto al hábito de fumar era altísimo (70.8%) consumían algún tipo de bebida alcohólica (91.7%) mantenían una disciplina en la toma de medicamentos hacia según prescripción médica (72.2%) realizaban algún tipo de ejercicio físico (50%) y tenía poca información sobre el reinicio de su vida sexual (22%).

- 3) El estilo de vida de los pacientes coronarios después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca se modificó muy favorablemente en algunos hábitos como en cuanto al hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y el ejercicio físico donde el 100% dejó de fumar, de ingerir bebidas alcohólicas y realizaba algún tipo de ejercicio físico en relación a los otros como en la disciplina en la toma de medicamentos, aumentó en el aspecto de que lo hacía según prescripción médica y cuanto a la información sobre el reinicio de su vida sexual fue mínimo.
- 4) Comparando el estilo de vida de los pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca tubo modificaciones favorables en cuanto hábitos y formas de comportamiento después de su participación en el programa en los que destaca un cambio en un 100% sobre el hábito de fumar, ingesta de bebidas alcohólicas, el ejercicio físico.
- 5) Referente a la vida sexual de los pacientes sujetos de estudio, se observa que antes como después del Programa de Rehabilitación Cardíaca persiste por el personal profesional especializado una información inexistente o insuficiente en la vida sexual.

B. RECOMENDACIONES

- 1) Elaboración e implementación de materiales educativos y didácticos que faciliten y promuevan una nutrición equilibrada.
- 2) Brindar educación sanitaria, enfatizando una correcta información sobre sexualidad así como elaboración e implementación de guías sobre actividad sexual en el paciente cardiovascular.
- 3) Realizar seguimientos domiciliarios a los pacientes después de haber concluido el Programa de Rehabilitación Cardíaca con la finalidad de supervisar y evitar reingresos.
- 4) Incentivar la implementación de Programas de Rehabilitación Cardíaca en las instituciones de salud que lo requieran.
- 5) Realizar otros estudios en otras instituciones de salud que brindan atención a este tipo de pacientes.

C. LIMITACIONES

Los resultados del estudio sólo pueden ser aplicados en poblaciones similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité de Expertos 199. Rehabilitación después de las Enfermedades Cardiovasculares, con especial atención a los países en desarrollo. Org. Mund. Salud. Ser Inf. Tecn; 831:1-110.
2. Almeida D. y Brandi S. 1995 manual de Cardiología clínica. En Universidad Central de Venezuela. CDCH. Caracas, Anauco. Ed. 369-396
3. Almeida D. Bradford J.M, , Wenger N.K. King SB and Hurst JW. 1983. Return to work offer coronary by pass surgery. Circulación; 66 (suppl II): 205 – 213
4. Guerra A 1996. Participación y proyección de enfermería en los programas de rehabilitación cardiaca. Revista de enfermería. 45 – 53.
5. Canobbio Mary M (1994). Trastornos cardiovasculares. España. Mosby; 60-263
6. Ministerio de Sanidad y asistencia social. Dirección general sectorial de epidemiología. 1999, dirección de análisis de situación de salud. Situación de salud en Venezuela. Indicadores básicos. Caracas MSAS; 5-9.
7. Ramírez H 1997. Medicina del Ejercicio, Colomb. Med; 28: 99-102
8. Kannel WB Dawber tr, kagan a, et al 1961. Factors of risk in the development of coronari heart disease – six years follow up experience. Ann int med ; 55:33-60
9. Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité de Expertos 1964 La Rehabilitación las Enfermedades Cardiovasculares. Org Mund Salud. Ser Inf Tecn; 77; 1, 49

10. Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité de Expertos 1993 Rehabilitación después de las Enfermedades Cardiovasculares. Con especial atención a los países en desarrollo. Org Mund Salud. Ser Inf Tecn; 831: 1-110
11. Pinson A, Martínez I, Ángeles R, 1996. Rehabilitación Cardíaca. Actuación multidisciplinaria e importancia de la profesión de enfermería en este contexto. Revista mexicana de enfermería cardiológica: 45 – 50
12. Velasco J. Maureira J (1993). Rehabilitación del paciente cardíaco. Ediciones Doyma. Barcelona. España: 142-147.

BIBLIOGRAFÍA

- ALMEIDA D. y BRANDIS S. Manual de cardiología clínica. Caracas. Ed. Anauco, 1995.
- CANOBBIO M. Trastornos cardiovasculares. Segunda edición. España. Ediciones Mosby. 1994.
- RAMÍREZ Hoffman. Medicina del ejercicio. Segunda edición. Colombia. Ed. Med. 1997.
- PINSON A., MARTÍNEZ I. Rehabilitación cardíaca. Actuación multidisciplinaria e importancia de la profesión de enfermería en este contexto. Revista Mexica. México. Vol. 8, 2000.
- www.tabaquismo.freehosting.net

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N°	PÁG.
A. DISTRIBUCIÓN DE AMBIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZON	I
B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	II
C. MATRIZ DE CONSISTENCIA	V
D. CONSENTIMIENTO INFORMADO	VI
E. ENTREVISTA ESTRUCTURADA	VII
F. FÓRMULA PARA OBTENER MUESTRA	XII
G. ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XIII
H. ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XIV
I. ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XV
J. HABITO DE FUMAR EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XVI
K. HABITO DE INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN FRECUENCIA ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XVII

L.	HABITO DE INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN CANTIDAD EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XVIII
M.	HABITO DE INGESTA DE ALIMENTOS EN PACIENTES CORONARIOS SEGUN TIPO ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XIX
N.	DISCIPLINA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XX
O.	MODALIDAD DE EJERCICIO FISICO REALIZADO EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XXI
P.	FUENTE DE INFORMACION RESPECTO A REINICIO DE SU VIDA SEXUAL EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XXII
Q.	INFORMACION RECIBIDA RESPECTO A REINICIO DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.	XXIII

ANEXO A

DISTRIBUCIÓN DE AMBIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZON

Primer Piso :

- **Consultorios:** cardiología, cirugía cardiovascular, hematología y cardiopediatría
- **Farmacia**
- **Ayuda al diagnóstico:** Holter, ecodoppler, prueba de esfuerzo, perfusión miocárdica, ecocardiograma, ecoestres, clínicas de arritmias y de marcapaso.
- Consultorio de Enfermería
- Rehabilitación cardíaca

Quinto Piso Este:

- **Servicio de Cardiología:**
 - Unidad General
 - Unidad de Cuidados Intermedios I – II
 - Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

Quinto Piso OESTE:

- **Servicio de Cirugía Cardiovascular**
 - Unidad General
 - Unidad de Cuidados Intermedios
 - Unidad de Cuidados Intensivos
 - Unidad de Cardiopediatría.

ANEXO B

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Estilos de vida en pacientes coronarios.	<p>Estilo de vida se le denomina a un conjunto de hábitos y costumbres que tienen las personas de manera cotidiana en diversas esferas del campo vital; entendiéndose a esto como un comportamiento que se adopta durante el desarrollo de nuestra vida</p>	<p>Estilo de vida esta referido a un conjunto de hábitos y costumbres que adoptan los pacientes coronarios siendo algunos factores de riesgo modificables como: hábito de fumar, ingesta de alcohol, la dieta, disciplina en la toma de medicamentos, actividad física y vida</p>	<p>-Hábito sociales</p> <p>-Nutrición</p> <p>-Disciplina en la toma de medicamentos</p> <p>-Ejercicio Físico</p> <p>-Vida sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Habito de fumar: <ul style="list-style-type: none"> -Tiene hábito de fumar -Cuantos cigarrillos por día • Hábito de ingerir alcohol: <ul style="list-style-type: none"> -Tiene hábito de ingerir bebidas alcohólicas -Con que frecuencia -En que cantidad ingiere • Dieta: <ul style="list-style-type: none"> -Tipo de alimento que

		sexual; todo ello por el resto de su vida y mejorando la calidad de ésta.		consume con frecuencia -Consumo de Sal. Disciplina en la toma de medicamentos: -Toma algún tipo de medicamento prescrito -Horario en la toma de sus medicamentos -Frecuencia que toma sus medicamentos Ejercicio Físico: -Tipo ejercicio físico que realiza. -Frecuencia con que la realiza sus ejercicios físicos. -Tiempo
--	--	---	--	--

				<ul style="list-style-type: none">• Vida sexual:<ul style="list-style-type: none">-Mantiene relaciones sexuales-Conoce cuando iniciar sus relaciones sexuales.-Como es su participación en la actividad sexual
--	--	--	--	---

ANEXO C

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUÉS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

Instituto Nacional del Corazón-INCOR. 2006 - 2007

OBJETIVOS:

GENERAL

Determinar el estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el programa de rehabilitación Cardíaca.

ESPECÍFICOS

- Identificar hábitos y costumbres de los pacientes coronarios antes de participar en el programa de rehabilitación Cardíaca.
- Identificar el estilo de vida que tienen los pacientes coronarios después de 3 meses de participar en el programa de rehabilitación Cardíaca.
- Comparar el estilo de vida antes y después a la participación en el programa de Rehabilitación Cardíaca.

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente lo invitamos a participar en el Estudio de Investigación titulado **“ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZÓN 2006 - 2007”**.

El Estudio de Investigación es realizado por las licenciadas en Enfermería, Lic. Rufina Rafael Arqueros y Lic. Silvia Bernedo Juárez; enfermeras de la Segunda Especialidad en Enfermería Cardiológica de la Universidad Nacional San Marcos.

El propósito de este estudio es proporcionar información real a la institución respecto si las recomendaciones impartidas a los pacientes coronarios durante el Programa de Rehabilitación Cardíaca a modificado sustancial, sostenida y convenientemente el estilo de vida; de no ser así estaríamos presentando nuevas estrategias para lograr los objetivos del programa, evitando recaídas y reingresos a la institución de EsSalud.

Todos los datos obtenidos serán de índole privada los cuales serán recolectados mediante una entrevista estructurada que durará alrededor de 15 minutos.

Teniendo conocimiento de los antes mencionado y accediendo Usted a participar voluntariamente, dará su consentimiento como participante del presente estudio de investigación; la cual será refrendada con su firma.

Si tiene una pregunta o si tiene más información respecto al estudio de investigación comunicarse con la Lic. Rufina Rafael Arqueros, teléfono: 98690107 ó con la Lic. Silvia Bernedo Juárez, teléfono: 96706025.

Nombre del Participante
Firma y Fecha

Nombre de los(as) Investigadores
Firma

ANEXO E



FECHA :

N° :

ENTREVISTA

La presente entrevista estructurada tiene por finalidad recolectar información sobre estilos de vida de pacientes Coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca del Instituto Nacional del Corazón. Con lo cual se podrá realizar mejoras en el proceso de atención a este tipo de pacientes.

Nombre :

Edad : Diagnóstico :

Sexo : M () F ()

CUESTIONARIO

1. ¿Tiene Ud. el hábito de fumar?

SI () NO ()

- Si la respuesta es si indique:

- Cuantos cigarrillos por día:

1 () 2 a 3 () 4 o más () Cajetillas N°

2. ¿Ingiere Ud. bebidas con contenido de Alcohol como Cerveza, Vino, etc?

SI () NO ()

- Si la respuesta es si ; con que frecuencia lo realiza:

Todos los días ()

Dos veces por semana ()

Cada fin de semana ()

Cada 15 días ()

Una vez al mes ()

Otros

- Cuando lo hace, en que cantidad?:
 - 1 vaso ()
 - ½ vaso ()
 - ¼ vaso ()
 - Otros

3. Que tipo de alimentos consume con frecuencia:

LÁCTEOS:	SI	NO	DE VEZ EN	SEMANAL		INTERDIARIO		TODOS LOS	
			CUANDO MENSUAL 2-2 Cant. N°	(1-2)	Cant. N°	(3-4)	Cant. N°	DÍAS	Cant. N°
Leche completa									
Leche descremada									
Yogurt de leche completa									
Yogurt de leche descremada									
Helados de leche									
Helados dietéticos									
Queso fresco									
Queso mantecoso									

Carnes / Mariscos / Huevos:	SI	NO	DE VEZ EN	SEMANAL		INTERDIARIO		TODOS LOS	
			CUANDO MENSUAL 2-2 Cant. N°	(1-2)	Cant. N°	(3-4)	Cant. N°	DÍAS	Cant. N°
Carnes rojas									
Hamburguesas									
Salchichas									
Chuleta de Chancho									
Pavo con piel									
Pavo sin piel									
Pollo con piel									
Pollo sin piel									
Camarones									
Ostras conchas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Pesca Pesca								

	escad scado cado ado □ do □ o □ H □ Hu Huev uevo evo vo □ o enter ntero tero □ ero □ ro □ o □ □					
--	---	--	--	--	--	--

CEREALES:	SI	NO	DE VEZ EN		SEMANAL		INTERDIARIO		TODOS LOS	
			CUANDO MENSUAL	Cant. N°	(1-2)	Cant. N°	(3-4)	Cant. N°	DÍAS	Cant. N°
Pan Blanco			2-2							
Pan Integral										
Galletas										
Productos de pastelería										

Verduras / Frutas :	SI	NO	DE VEZ EN		SEMANAL		INTERDIARIO		TODOS LOS	
			CUANDO MENSUAL	Cant. N°	(1-2)	Cant. N°	(3-4)	Cant. N°	DÍAS	Cant. N°
Espárragos			2-2							
Beterraga										
Brócoli										
Zanahoria										
Pepinillo										
Espinacas										
Verduras en conserva										
Manzana										
Plátano										
Lima										
Naranja										

GRASAS	SI	NO	DE VEZ EN		SEMANAL		INTERDIARIO		TODOS LOS	
			CUANDO MENSUAL	Cant. N°	(1-2)	Cant. N°	(3-4)	Cant. N°	DÍAS	Cant. N°
Aceite compuesto			2-2							
Aceite vegetal										
Aceite de Oliva										
Mayonesa										
Mantequilla										

OTROS	SI	NO	DE VEZ EN		SEMANAL		INTERDIARIO		TODOS LOS	
			CUANDO MENSUAL	Cant. N°	(1-2)	Cant. N°	(3-4)	Cant. N°	DÍAS	Cant. N°
Golosinas			2-2							
Gaseosas										

4. ¿Su consumo de sal es?

Normal ()

Alto en sal ()

Bajo en sal ()

No consume ()

5. ¿Toma algún tipo de medicamento?

SI () NO ()

Si la respuesta es Si, especificar nombre de cada uno / horario y para que cree que lo toma:

Nombre	Horario	Para
1.
2.
3.
4.
5.

¿Toma Ud. sus medicamentos prescritos?

SI () NO ()

¿Con que frecuencia toma sus medicamentos?

Según indicación médica ()

Cuando se siente mal ()

Cuando se acuerda ()

6. ¿Realiza Ud. algún tipo de ejercicio físico?

SI () NO ()

• Si la respuesta es Si, indique: que tipo de ejercicio:

Caminatas ()

Bicicleta estacionaria ()

Aeróbicos ()

Otros :

• ¿Con que frecuencia realiza sus ejercicios?

Diario ()

Interdiario ()

Semanal ()

Otros :

- ¿En qué tiempo realiza sus caminatas y/o ejercicio?
 Menos de 30 minutos ()
 Mas de 30 minutos ()

7. ¿Mantiene relaciones sexuales?

SI () NO ()

- Si la respuesta es si, quién y donde le informaron para iniciarlas?
- Si la respuesta es no, porque no?

.....

- Que tipo de actividad física realiza en su relación sexual
 Ejercicio Activo ()
 Ejercicio Pasivo ()

- Conoce Ud. que un paciente cardiaco puede tener relaciones sexuales cuando es capaz de subir dos piso sin cansarse?

SI () NO ()

- Si la respuesta es si,
- En que tiempo: ()()
- Como lo sabe y quien te informó?

.....

8. Que opinión le merece el Programa de Rehabilitación cardiaca.

.....

9. Después de haber participado en el Programa de Rehabilitación Cardiaca, siente que ha logrado modificar y/o cambiar su estilo de vida.

SI () NO ()

¿Por qué?

ANEXO F

FORMULA PARA OBTENER MUESTRA

Desarrollo de la fórmula para la obtención de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P \cdot Q}$$

$$n = 48$$

Prueba de chi cuadrado (X^2)

$$X^2 = \sum \frac{(VO - VE)^2}{VE}$$

$$g. L = (filas - 1) (columnas - 1)$$

ANEXO G

**ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION
EN PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA**

ESTILOS DE VIDA	HABITOS																			
	FUMAR				INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS				DISCIPLINA EN TOMA DE MEDICAMENTOS				EJERCICIO FISICO				VIDA SEXUAL			
	ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	34	70.8	-	-	44	91.7	13	27.1	44	91.7	48	100.0	24	50.0	48	100.0	22	45.8	22	45.8
NO	14	29.2	48	100.0	4	8.3	35	72.9	4	8.3	-	-	24	50.0	-	-	26	54.2	26	54.2
TOTAL	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0

$X^2 = 49.59$

$P < 0.005$

ANEXO H

ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS ANTES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.

ESTILOS DE VIDA	HABITOS									
	FUMAR		INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS		DISCIPLINA EN TOMA DE MEDICAMENTOS		EJERCICIO FISICO		VIDA SEXUAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	34	70.8	44	91.7	44	91.7	24	50	22	45.8
NO	14	29.2	4	8.3	4	8.3	24	50	26	54.2
TOTAL	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0

ANEXO I

**ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CORONARIOS DESPUES DE SU PARTICIPACION
EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.**

ESTILOS DE VIDA	HABITOS									
	FUMAR		INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS		DISCIPLINA EN TOMA DE MEDICAMENTOS		EJERCICIO FISICO		VIDA SEXUAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	0	-	13	27.1	48	100.0	48	100.0	22	45.8
NO	48	100.0	35	72.9	0	-	0	-	26	54.2
TOTAL	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0	48	100.0

ANEXO J

HABITO DE FUMAR EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.

Nº CIGARRILLOS	HABITO DE FUMAR			
	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
1	15	31.25	0	0
2-3	5	10.42	0	0
+4	3	6.25	0	0
Más de 1 cajetilla	9	18.75	0	0
Ninguno	16	33.33	48	100.0
TOTAL	48	100.0	48	100.0

ANEXO K

HABITO DE INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN FRECUENCIA ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.

FRECUENCIA	INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS			
	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
Todos los días	2	4.16	0	0
2 veces x semana	2	4.16	0	0
Cada fin de semana	9	18.75	1	2.08
Cada 15 días	5	10.41	0	0
1 vez al mes	11	22.91	1	2.08
Otros	15	31.25	11	22.91
No ingiere	4	8.33	35	72.91
TOTAL	48	100.0	48	100.0

ANEXO L

**HABITO DE INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN
CANTIDAD EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES
DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE
REHABILITACION CARDIACA.
INCOR 2007.**

CANTIDAS	INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS			
	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
1 vaso	6	12.5	9	18.75
½ vaso	14	29.1	2	4.16
¼ vaso	3	6.25	0	0
+ de 2 vasos	21	43.75	2	4.16
No ingiere	4	8.33	35	72.91
TOTAL	48	100.0	48	100.0

ANEXO M

HABITO DE INGESTA DE ALIMENTOS EN PACIENTES CORONARIOS SEGUN TIPO ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.

TIPO DE ALIMENTOS	INGESTA DE ALIMENTOS			
	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
GRASAS SATURADAS				
Mantequilla	43	89.58	9	18.75
Queso	45	93.75	39	81.25
Carnes rojas	47	97.91	17	35.41
Pollo con piel	39	81.25	7	14.58
Pollo sin piel	7	14.58	43	89.58
Leche entera	38	79.16	10	20.83
Leche descremada	4	8.33	38	79.16
Aceite compuesto	26	54.16	14	29.16
GRASAS NO SATURADAS				
Aceite vegetal	21	46.75	47	97.91
Pescado	46	95.83	47	97.91
VERDURAS	45	93.75	48	100.0
FRUTAS	45	93.75	48	100.0
SAL				
Alto	8	16.66	1	2.08
Bajo	3	6.25	37	77.08
Normal	37	77.08	10	20.83

ANEXO N

DISCIPLINA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.

DISCIPLINA	TOMA DE MEDICAMENTOS			
	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
Según prescripción médica	38	79.2	46	95.8
Cuando se siente mal	8	16.6	1	2.1
Cuando se acuerda	2	4.2	1	2.1
TOTAL	48	100.0	48	100.0

ANEXO O

MODALIDAD DE EJERCICIO FISICO REALIZADO EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.

MODALIDAD	EJERCICIO FISICO							
	ANTES				DESPUES			
	SI		NO		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TIPO								
Caminata	15	31.25	0	0	46	95.83	0	0
Bicicleta estacionaria	4	8.33	0	0	27	56.25	0	0
Aeróbicos	3	6.25	1	2.08	9	18.75	0	0
FRECUENCIA								
Diario	7	14.58	0	0	34	61.25	0	0
Interdiario	3	6.25	0	0	4	8.33	0	0
Semanal	6	12.5	0	0	1	2.08	0	0
TIEMPO								
Menos 30'	11	22.91	0	0	5	10.40	0	0
Más de 30'	5	10.41	0	0	43	89.58	0	0

ANEXO P

**FUENTE DE INFORMACION RESPECTO A REINICIO DE SU VIDA
SEXUAL EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES
DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE
REHABILITACION CARDIACA.
INCOR 2007.**

INFORMANTE	REINICIO DE VIDA SEXUAL			
	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
Médico cardiólogo	7	14.6	14	29.16
Enfermería	5	10.41	25	52.08
Técnico y/o auxiliar	0	0	0	0
Psicólogo	2	4.16	1	2.08
Asistente social	0	0	0	0
Nutricionista	0	0	0	0
Ninguno	34	70.83	8	16.6
TOTAL	48	100.0	48	100.0

ANEXO Q

INFORMACION RECIBIDA RESPECTO A REINICIO DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CORONARIOS ANTES Y DESPUES DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA. INCOR 2007.

INFORMACION RECIBIDA	REINICIO DE VIDA SEXUAL			
	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
Si	11	22.9	21	43.7
No	37	77.1	27	56.3
TOTAL	48	100.0	48	100.0

o