

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**Calidad de vida en pacientes que asisten al Programa
de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar
Central 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología
Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación

AUTOR

José Antonio De Jesús Vallés Tapia

ASESOR

Clementina Noriega Guillén

Lima - Perú

2017

Dedicatoria:

A mis padres que me aman de manera incondicional, a mi hermana inigualable, a mi tía Julia por escucharme siempre, a mi hermosa novia, y a mis amigos, a todos por estar pendientes de mi progreso.

Agradecimiento:

A mis asesoras Clementina Noriega y Rosario Poma, por apoyarme en la realización del proyecto de investigación y a mis padres, por el apoyo económico y emocional.

Índice General

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
LISTA DE TABLAS	v
LISTA DE FIGURAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	9
2. MATERIAL Y MÉTODOS	20
2.1 Tipo de investigación	20
2.2 Diseño	20
2.3 Población	20
2.4 Muestra	20
2.5 Variables.....	21
2.6 Técnicas e instrumentos	22
2.7 Procedimientos y análisis de datos	23
3. RESULTADOS	25
4. DISCUSIÓN	33
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
5.1 Conclusiones	36
5.2 Recomendaciones	36
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
7. ANEXOS	40
Anexo N° 1: Consentimiento Informado	40
Anexo N° 2: Instrumento de recolección de datos	42
Anexo N° 3: Matriz de consistencia	45
Anexo N° 4: Operacionalización de variables	46

Lista de tablas

Tabla 1. Principales componentes del programa de rehabilitación cardiaca.....	15
Tabla 2. Beneficios de los Programas de rehabilitación cardiaca.....	15
Tabla 3. Características epidemiológicas.....	25
Tabla 4. Características clínicas.....	26
Tabla 5. Calidad de vida.....	28
Tabla 6. Componente Físico.....	29
Tabla 7. Dimensiones del Componente Físico.....	30
Tabla 8. Componente Mental.....	31
Tabla 9. Dimensiones del Componente Mental.....	32

Lista de figuras

Gráfica 1. Edad.....	26
Gráfica 2. Índice de masa corporal	27
Gráfica 3. Calidad de vida.....	28
Gráfica 4. Componente Físico.....	29
Gráfica 5. Dimensiones del Componente Físico.....	30
Gráfica 6. Componente Mental	31
Gráfica 7. Dimensiones del Componente Mental	32

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 35 pacientes. Se empleó el cuestionario sobre la calidad de vida SF-36. La estadística descriptiva utilizada consistió en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue 66,9 años, la mayoría eran adultos mayores (77,1%), del sexo masculino (88,6%), casados (74,3%), con estudios superiores (60%) procedentes de los distritos de Surco (17,1%), Lima (17,1%) y San Borja (17,1%). La mayoría presentó IMC normal (57,1%), sufría enfermedad coronaria (62,9%), hipertensión arterial (62,9%), llevaba un tratamiento médico farmacológico o se le había realizado intervención con angioplastia (45,7%). El 57,1% presentó calidad de vida regular, en el análisis de las dimensiones de la calidad de vida; en el componente físico, la mayoría (60%) presentó un nivel regular; en este aspecto se observa que la mayoría presentó mala función física (71,4%) y mal rol físico (42,9%); en el componente mental de calidad de vida la mayoría presentó un nivel bueno (45,7%) y regular (45,7%); en este componente el rol emocional presentó un nivel malo en el 40%.

Conclusiones: La calidad de vida de los pacientes que asisten al programa es de nivel regular, en referencia al componente físico el 60% presentó un nivel regular, donde la función física y el rol físico fueron calificados como malos; en el componente mental la mayoría presentó nivel bueno y regular, sin embargo el rol emocional fue calificado como malo en el 40% de los pacientes.

Palabras claves: Calidad de vida, rehabilitación cardíaca, componente físico, componente mental.

Abstract

Objective: To determine the quality of life in patients attending the Cardiac Rehabilitation Program at the “Hospital Militar Central” 2016.

Material and Methods: An descriptive, prospective and cross-sectional study. The sample consisted of 35 patients. The SF-36 quality of life questionnaire was used. The descriptive statistics used consisted of absolute and relative frequencies (percentages), and measures of central tendency (average) and dispersion (standard deviation).

Results: The mean age of the patients was 66.9 years; the majority was older adults (77.1%), males (88.6%), married (74.3%), with higher education (60%), from the districts of Surco (17.1%), Lima (17.1%) or San Borja (17.1%). The majority had normal BMI (57.1%), had coronary heart disease (62.9%), arterial hypertension (62.9%), and undergone pharmacological medical treatment or had angioplasty intervention (45.7%). The 57.1% of the patients presented regular quality of life, In the analysis of the dimensions of the quality of life; in the physical component, the majority (60%) had a regular level; In this aspect it is observed that the majority presented poor physical function (71.4%) and poor physical role (42.9%); in the mental component of quality of life the majority presented a good level (45.7%) and regular level (45.7%); in this component the emotional role presented a bad level in 40%.

Conclusions: The quality of life of patients attending the program is regular level, in reference to the physical component 60% presented a regular level, where the physical function and the physical role were classified as bad; In the mental component most presented good and regular level, however the emotional role was rated as bad in 40% of patients.

Key words: Quality of life, cardiac rehabilitation, physical component, mental component.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1 Planteamiento del problema, delimitación y formulación:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se han convertido en el principal problema de salud en los países desarrollados. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 17,5 millones de personas murieron por ECV en el 2012, de estas muertes, se estima que 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria y 6,7 millones se debieron a un accidente cerebrovascular.(1) Los programas de rehabilitación cardiovascular (PRC) - cuya creación fue propuesta por la OMS en los años sesenta, se implementaron para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) - se definen como el conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado integral de los pacientes con ECV, considerando su recomendación como útil y efectiva, especialmente en sujetos con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca crónica (ICC).(2)

No obstante la rehabilitación cardiovascular se encuentra subutilizada tanto en prevención primaria, como secundaria. Países desarrollados reportan cifras muy bajas de asistencia a este programa, por citar un ejemplo: solamente 30% ingresa a PRC en Europa, 15-25% en Estados Unidos de Norteamérica y menos de 10% en América Latina. Algunos autores mencionan posibles razones para esto; las cuales incluyen el escepticismo médico sobre los beneficios de la PRC, la accesibilidad variable, la preferencia por indicar ejercicio en casa y el enfoque prioritario en los procedimientos de revascularización y medicación, por sobre las estrategias de cambios en los estilos de vida.(3)

En el Perú, las enfermedades cardiovasculares ocupan el cuarto lugar de carga de enfermedad; esto quiere decir, que por esta causa se producen 390 121 años de vida saludables perdidos o el 8% del total.(4) Ello motiva la aplicación del programa de rehabilitación cardiovascular y para medir su impacto en el paciente es necesario conocer como este programa influye en su salud y en su vida en general. Por lo referido anteriormente se propone el presente estudio con el fin de determinar la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016.

Investigaciones Internacionales:

Khalife-Zadeh A., et al., en el año 2015 en Irán elaboraron un estudio titulado “The effect of cardiac rehabilitation on quality of life in patients with acute coronary syndrome”, con el objetivo de investigar el efecto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida en pacientes con síndrome coronario agudo; fue un estudio de ensayo clínico realizado en 50 pacientes. Los participantes se asignaron aleatoriamente en dos grupos: controles ($n = 25$) y de estudio ($n = 25$). En el grupo de estudio, las puntuaciones medias en todas las dimensiones de la calidad de vida aumentaron significativamente después de la intervención ($P < 0,05$). En el grupo control, las puntuaciones medias de la calidad de vida no fueron significativamente diferentes antes y después de la intervención ($P < 0,05$). Se encontró una diferencia significativa entre los grupos de estudio y control en todos los dominios de la calidad de vida, excepto para la salud general y la función social ($P < 0,05$) a favor del grupo de estudio. Concluyeron que el programa de rehabilitación cardíaca pudo conducir a la mejora de la calidad de vida en los pacientes con síndrome coronario agudo.⁽⁵⁾

Saeidi, M., et al., en el año 2013 en Irán desarrollaron una investigación titulada “Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life in patients with coronary artery disease”. El propósito del estudio fue evaluar el impacto del programa de RC sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. Para ello se realizó un estudio cuasi-experimental en el que se aplicó el cuestionario Short Form 36 (SF-36). Se observó que después del programa de RC, las puntuaciones de todas las dimensiones físicas del SF-36, incluyendo la función física (FF), limitación física (LF), dolor corporal (DC) y vitalidad (V) además de la salud general (SG) mejoraron significativamente en todos los pacientes ($P < 0,05$) en comparación con la línea base. Asimismo, los pacientes con edad < 65 años tenían mayores mejorías en la salud mental (SM) y la función social (FS) que los pacientes con ≥ 65 años de edad ($P < 0,05$). Por último, las mujeres tenían una mayor mejoría en la función física, vitalidad y salud mental en comparación con los hombres ($P < 0,05$). Concluyeron que el programa de RC pudo mejorar la calidad de vida en pacientes cardíacos especialmente en las mujeres. Finalmente los pacientes ancianos consiguieron iguales beneficios que otros pacientes en relación a las dimensiones físicas.⁽⁶⁾

Intarakamhang, P., y Intarakamhang, U., en el año 2013 en Tailandia desarrollaron un estudio titulado “Effects of the Comprehensive Cardiac Rehabilitation Program on Psychological Factors and Quality of Life among Coronary Heart Disease Patients”. El objetivo fue investigar los efectos del programa de rehabilitación cardiaca integral que afecten a factores psicológicos, incluyendo la auto-eficacia, la auto-regulación, el cuidado personal, la calidad de vida (CdV) y por último el índice de masa corporal (IMC). Este estudio fue un estudio cuasi-experimental que incluyó ochenta pacientes con enfermedad arterial coronaria. Los datos fueron recogidos en dos ocasiones antes de la descarga del hospital (pre-test) y seis semanas después (post-test) mediante el uso del cuestionario SF-36. Los resultados indicaron que a las seis semanas, el 50%, 58.80%, 46.20% y 72.50% de los pacientes, respectivamente, habían experimentado aumentos con la auto-eficacia, la autorregulación, el cuidado personal y de calidad de vida, mientras que el 12,50% de los pacientes habían reducido su índice de masa corporal en comparación con la puntuación antes de la prueba. A partir de la prueba t pareada, los resultados de la auto-eficacia, la autorregulación y la calidad de vida fueron estadísticamente significativos, habiendo aumentado su nivel ($p < 0.01$). Concluyeron que el programa de rehabilitación cardiaca integral mejoró significativamente la auto-eficacia, la auto-regulación y auto-cuidado, índice de masa corporal, y la calidad de vida dentro de las 6 semanas posteriores a la hospitalización (fase ambulatoria temprana de la rehabilitación cardiaca).⁽⁷⁾

Tavella, R., y Beltrame, J., en el año 2011 en Australia llevaron a cabo un estudio titulado “Cardiac rehabilitation may not provide a quality of life benefit in coronary artery disease patients”. El objetivo fue comparar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en los participantes y no participantes del programa de rehabilitación cardiaca luego de 6 meses. Fue un estudio prospectivo, observacional que incluyó un total de 221 pacientes; en ellos se aplicó el cuestionario Short Form-36 (SF-36). En la primera toma (después del evento cardiaco) se observó que en el grupo de los pacientes que no participaron en el programa no presentaron una buena calidad de vida en sus dimensiones física y mental en comparación con aquellos que si participaron del programa ($p < 0.05$). En la segunda toma (a los seis meses) todos los pacientes mostraron una mejora en los índices de CVRS, sin embargo la tasa de mejora no fue

diferente entre los controles y los participantes del programa de RC. Concluyeron que los pacientes con enfermedad arterial coronaria presentaron mejoras en la CVRS en sus dimensiones generales y específicas, sin embargo la participación en el programa de RC no influyó en este resultado.⁽⁸⁾

Atehortúa D., et al., en Colombia en el año 2011 publicaron un estudio titulado “Efecto de un programa de rehabilitación cardiaca basado en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardiaca y la calidad de vida, en pacientes con falla cardiaca”. El propósito fue evaluar el efecto de un programa de rehabilitación cardiaca basada en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardiaca y la calidad de vida en pacientes con falla cardiaca. Fue un estudio de intervención en pacientes con falla cardiaca estadio C, se incluyeron 22 pacientes con una edad promedio de 59 ± 9 años. De ellos, 17 (77,3%) fueron hombres y 20 (90,9%) tenían enfermedad coronaria. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36. Con la intervención, sólo se observó mejoría en el ítem “cambio de salud en el tiempo” ($55,4 \pm 26,8$ a $83,6 \pm 20,1$) ($p=0,003$). No se presentaron cambios en las ocho escalas específicas del cuestionario ($p>0,05$). Concluyeron que los pacientes con falla cardiaca que se intervienen con un programa de rehabilitación cardiaca basada en ejercicio durante doce semanas, mejoran su capacidad funcional, la función sistólica y la calidad de vida.⁽⁹⁾

Petro J., en el 2010, en Colombia publicaron un estudio titulado “Beneficios de un Programa de Rehabilitación Cardiaca en la Capacidad Funcional y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cardiopatía Coronaria”. El objetivo fue evidenciar los efectos de un programa de Rehabilitación Cardíaca en la capacidad funcional (CF) y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), en un grupo de pacientes con enfermedad coronaria. La edad media fue $60 \pm 10,6$ años, doce sujetos eran pertenecientes al sexo masculino (80%) y tres (20 %) al femenino, fueron sometidos a procedimientos quirúrgico (angioplastia con colocación de stend y bybass). La intervención consistió en 36 sesiones de ejercicio físico supervisado, cuatro veces por semana, a una intensidad del 40 al 75% del VO_2 máx, acompañado de asistencia nutricional, psicológica y educación hacia hábitos de vida saludables. El cuestionario de Short Form 36 (SF-36) se utilizó para cuantificar la de la CVRS. El investigador

observo cambios positivos después de la intervención para la Capacidad Funcional ($p=0,00003$) y la CVRS ($p=0,0003$), tanto en la salud física y mental ($p=0,0032$ y $p=0,0005$, respectivamente). Se concluyó que hubo un incremento en la salud física, salud mental y en la salud total, encontrándose diferencia estadísticamente significativamente después de la intervención ($p<0,05$), lo cual mostro los beneficios de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida.⁽¹⁰⁾

Investigaciones Nacionales:

Pacci K., et al., en el año 2011 realizaron un estudio en Lima titulado “Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú”. El objetivo fue determinar el impacto que tiene la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR). Fue un estudio analítico y retrospectivo, donde se incluyeron a 219 pacientes admitidos en el Programa de Rehabilitación Cardiaca del INCOR, de ambos géneros y mayores de 18 años. Intervenciones: Cuestionario de Salud SF-36 administrada a través de una entrevista. Se encontró que el 67,1% fueron varones, la edad promedio fue $63,6 \pm 11,7$ años. El 74% de los pacientes eran casados, el 91,3% residían en Lima, el 39,7% habían concluido sus estudios secundarios y el 73,1% se encontraba con condición postoperatoria. Se obtuvieron mejorías significativas en seis de las ocho dimensiones de la escala SF-36: función física ($p = 0,001$), rol físico ($p = 0,0103$), dolor corporal ($p = 0,0031$), salud general ($p = 0,0001$), función social ($p = 0,0033$) y rol emocional ($p = 0,0002$). Llegaron a la conclusión que la rehabilitación cardiaca permite obtener mejoras importantes en la calidad de vida de los pacientes; desde su capacidad física hasta en el componente mental.⁽¹¹⁾

1.1.1 Programa de rehabilitación cardiaca

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la rehabilitación cardiaca (RC) es la suma coordinada de intervenciones requeridas para influir favorablemente sobre la enfermedad, asegurando las mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales para que los pacientes, por sus propios medios, puedan conservar o reanudar sus actividades en la sociedad de manera óptima. La rehabilitación no debe

considerarse como una terapia aislada, sino que debe ser integrada en el tratamiento global de la cardiopatía.⁽¹¹⁾

Es sabido que la mayoría de los candidatos a RC son pacientes que han tenido un infarto agudo al miocardio (IAM) o cirugía de revascularización miocárdica (CRM), no obstante la recomendación también incluye a pacientes sometidos a revascularización percutánea, trasplante de corazón o corazón/pulmón, sujetos con angina estable, IC crónica, enfermedad vascular periférica con claudicación y pacientes sometidos a otras intervenciones quirúrgicas, como cirugías valvulares.⁽³⁾

La RC está dividida en fases, que giran en torno al momento evolutivo de la cardiopatía. Una de las clasificaciones más usadas es la que la divide en:

Fase I (precoz post evento u hospitalaria): movilización progresiva del paciente, y ha estabilizado de su cardiopatía, para conseguir la máxima autonomía en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.⁽¹¹⁾

Fase II (activa de rehabilitación ambulatoria): tiene como principal objetivo, la adquisición de un estilo de vida saludable. El entrenamiento físico adecuado, la corrección de los FRCV mediante la educación sanitaria y la intervención psicosocial son las Herramientas propias de esta fase. Es el período donde se invierten los mayores recursos del PRC. Se realiza de forma ambulatoria, ya sea en el hospital (para pacientes de riesgo moderado-alto) o en el centro de atención primaria (pacientes de bajo riesgo).⁽¹¹⁾

Fase III (mantenimiento o alejada): Su objetivo es la continuidad de los logros alcanzados durante la fase II. Puede realizarse en el ámbito domiciliario o con apoyo de asociaciones o polideportivos. En esta fase, la coordinación con atención primaria es primordial.⁽¹¹⁾

Entre los elementos claves se encuentran: a) valoración del paciente; b) orientación sobre actividad física; c) entrenamiento físico; d) orientación sobre nutrición; e) control

de diabetes; f) control de peso; g) control de dislipidemia; h) control de presión arterial (PA), i) orientación sobre cese tabáquico y j) manejo psicosocial.

Tabla 1. Principales componentes del programa de rehabilitación cardiaca. ¹
Valoración basal del paciente
Optimización de la terapia farmacológica
Consejo sobre actividad física
Consejo nutricional
Control de los factores de riesgo cardiovascular (Dislipidemia, hipertensión, peso, diabetes mellitas y tabaquismo)
Entrenamiento físico
Manejo psicosocial
Consejo vocacional

Los beneficios del programa de rehabilitación cardiovascular se han descrito en la siguiente tabla:

Tabla 2. Beneficios de los Programas de rehabilitación cardiaca. ²
Reducción de los síntomas
Mejoría en la capacidad y tolerancia al ejercicio
Mejoría en los niveles de lípidos en sangre y el perfil de riesgo vascular
Reducción del número de fumadores
Mejoría psicológica y en el control del estrés
Atenuación del proceso aterosclerótico
Disminución de la frecuencia de eventos coronarios posteriores
Reducción del número de hospitalizaciones
Reducción de la morbilidad y la mortalidad

¹ Gómez A., Miranda G., Pleguezuelos E., Bravo R, López A, Expósito J., et al. Recomendaciones sobre rehabilitación cardiaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). *Rehabilitación (Madr)*. 2015; 49(2):102-124.

² Gómez A., Miranda G., Pleguezuelos E., Bravo R, López A, Expósito J., et al. Recomendaciones sobre rehabilitación cardiaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). *Rehabilitación (Madr)*. 2015; 49(2):102-124.

Calidad de vida Relacionada con la Salud

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. La calidad de vida, dentro del contexto de salud, es una construcción del individuo que, como ser biopsicosocial, hace desde sus dimensiones física, social y emocional; en contraste con la continua interacción con su realidad. Es una valoración subjetiva, en la que se reflejan las vivencias que tienen los pacientes. En este sentido el apoyo psicológico es uno de los principales pilares de la RC. Se ha podido constatar que determinadas personalidades influyen en los resultados de estos programas, especialmente en la medida de CVRS. El tratamiento de la depresión postinfarto mejora la CVRS más significativamente en el dominio mental que en el físico.⁽²⁾

Según Achury, et al. La calidad de vida se convierte en un indicador que permite: ⁽¹²⁾

- Detectar alteraciones en el estado funcional del paciente.
- Identificar errores en la implementación de los programas.
- Aumentar la seguridad en el paciente, dado que logra conocer los efectos del programa de rehabilitación cardiaca sobre su calidad de vida.
- Detectar tempranamente pequeños cambios que se producen en las dimensiones física, social y emocional, a partir de los cuales se pueden orientar las intervenciones pertinentes a fin de fomentar y potenciar el autocuidado del paciente, para su control, y cambios en su estilo de vida que, de no ser modificados, lo conducirán a enfrentarse con varios riesgos potencialmente letales.
- Determinar el estado funcional y de salud del paciente en las esferas: social, físico y emocional al inicio y al final de la rehabilitación cardiaca y su nivel de satisfacción al concluir el programa en relación a los objetivos planteados.

- Fortalecer los programa en términos de calidad y eficacia con el fin de alcanzar una calidad asistencial adecuada, segura, efectiva, eficiente y equitativa para ayudar al profesional sanitario a tomar medidas más acertadas y razonables. De esta manera se disminuyen reingresos, número de pacientes hospitalizados, días de estancia hospitalaria, consultas ambulatorias y costos.
- Promover en el profesional la aplicación de herramientas útiles para la determinación de la calidad de vida en los programas de rehabilitación cardiaca, logrando así una medición más comprensiva, integral y valida del estado de salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y una valoración más precisa de los posibles riesgos con el fin de mejorar la calidad y efectividad de la atención ofrecida dentro del programa. Además, ayudar a decidir las intervenciones que deberían ser ofrecidos a cada paciente, y también, actualizar sus conocimientos en cuanto al tratamiento integral de los pacientes en rehabilitación cardiaca.
- Conocer la efectividad de las intervenciones realizadas con el paciente cardiovascular y realizar un seguimiento de los cuidados ejecutados a estos pacientes.

Los instrumentos que se utilizan para medir la calidad de vida el paciente se dividen en genéricos y específicos: los primeros son independientes del diagnóstico y aplicados a una población con cualquier tipo de afección, mientras que los segundos se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto. Existen 3 995 instrumentos para medir el Estado de Salud y la Calidad de Vida; de los cuales, 188 (4.7%) se enfocan en enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36) es el mejor instrumento genérico de medida de la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS). El SF-36 cuenta con 36 ítems agrupados en ocho escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El cuestionario tiene dos versiones que se diferencian en el periodo recordatorio: la “estándar” (cuatro semanas) y “aguda” (una semana). Ambas versiones están dirigidas para personas mayores de 14 años y preferentemente deben ser

autoadministrados, aunque también es posible la administración mediante la entrevista personal.⁽⁴⁾

Formulación de hipótesis

El estudio es de tipo descriptivo y no amerita la formulación de una hipótesis; sin embargo se propone el supuesto que la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central durante el año 2016 es alta, tanto en el componente físico como mental.

Definición de términos:

- **Cambio de salud:** Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.⁽¹³⁾
- **Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.⁽¹³⁾
- **Función física:** Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.⁽¹³⁾
- **Función social:** Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.⁽¹³⁾
- **Rol emocional:** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.⁽¹³⁾
- **Rol físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.⁽¹³⁾
- **Salud general:** Valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.⁽¹³⁾
- **Salud mental:** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.⁽¹³⁾
- **Vitalidad:** sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.⁽¹³⁾

Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016?

1.2 Objetivos

Objetivo general:

Determinar la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016.

Objetivos específicos:

- Determinar el componente físico de la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016.
- Determinar el componente mental de la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016.
- Describir las características epidemiológicas de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca según su nivel de calidad de vida.
- Describir las características clínicas de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca según su nivel de calidad de vida.

2. MATERIAL MÉTODOS

2.1 Tipo de investigación

Descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

2.2 Diseño

- No experimental u Observacional.

2.3 Población

35 pacientes que asistieron al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Servicio de Cardiología en el Hospital Militar Central durante el año 2016.

2.4 Muestra

Debido a la reducida cantidad de la población no se realizó muestreo, por lo que la muestra estuvo constituida por toda la población, es decir 35 pacientes que asistieron al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Servicio de Cardiología en el Hospital Militar Central durante el año 2016.

Técnica Muestreo: El muestreo fue no probabilístico y la técnica fue por conveniencia.

Criterios de selección:

a. Criterios de inclusión:

- Paciente de sexo femenino o masculino.
- Paciente mayor de 18 años.
- Paciente con enfermedad cardiovascular crónica.
- Paciente que asista de forma periódica y regular al Programa de Rehabilitación Cardíaca.
- Paciente que acepte voluntariamente participar en el estudio.

b. Criterio de exclusión:

- Paciente con algún impedimento para responder el cuestionario utilizado para la investigación.

- Paciente que no firme consentimiento informado.

2.5 Variables

Características epidemiológicas

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Grado de instrucción.
- Lugar de residencia.

Características clínicas

- IMC.
- Tipo de tratamiento.
- Tipo de enfermedad cardiovascular.
- Comorbilidades.

Calidad de vida (cuestionario SF-36)

- **Componente físico**
Función física.
Rol físico.
Dolor corporal.
Salud general.
- **Componente mental**
Vitalidad.
Función social.
Rol emocional.
Salud mental.
Cambio de salud.

2.6 Técnicas e instrumentos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario dado que se recurrió a la fuente primaria (pacientes que participaron en el Programa de Rehabilitación Cardíaca).

Instrumento

Para la recolección de los datos se diseñó un instrumento de recolección de datos, que comprendió tres partes: datos epidemiológicos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y lugar de residencia), datos clínicos (IMC, tipo de tratamiento, tipo de enfermedad y comorbilidades) y el cuestionario sobre la calidad de vida SF-36 de 11 ítems. Cabe señalar que el cuestionario estuvo basado en la Escala de Likert de 6, 5 y 3 categorías, como también preguntas dicotómicas (Si/No). Este a su vez quedó compuesto por 2 componentes: físico y mental, y cada uno de ellos por 4 y 5 dimensiones respectivamente.

Para la asignación de puntuaciones, la escala Likert se transformó a una puntuación en escala de 0 a 100 (donde 100 es lo mejor)

Las preguntas de 2 categorías se puntuaron con 0-100.

Las preguntas de 3 categorías se puntuaron con 0-50-100.

Las preguntas de 5 categorías se puntuaron con 0-25-50-75-100.

Las preguntas de 6 categorías se puntuaron con 0-20-40-60-80-100.

Los promedios de los puntajes de las preguntas de cada dimensión dan su puntuación.

Los promedios de los puntajes de las dimensiones de cada componente dan su puntuación.

El promedio del puntaje de ambos componentes da el puntaje de la calidad de vida.

Las dimensiones, componentes y la calidad de vida en general se categorizaron en 3 niveles; nivel bueno, regular y malo considerando los percentiles 50,0% y 75,0%:

Nivel alto mayor P75

Nivel medio P50 a P75

Nivel bajo menor P50

Validación

Para el cuestionario sobre la calidad de vida SF-36 fue validado por Lugo L, et al⁽¹⁴⁾ (2006) donde su estudio fue “Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia” realizado en Colombia donde el análisis factorial fue mayor de 0,70, el cual representa una alta fiabilidad y consistencia interna de la escala y considerado un instrumento de buena confiabilidad para su aplicación.

2.7 Procedimientos y análisis de datos

Se presentan los procedimientos de recolección de datos:

- Se solicitó autorización al Hospital Militar Central para la ejecución del estudio.
- Luego se solicitó la aprobación del proyecto a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Seguidamente se procedió a identificar y seleccionar al paciente que participó en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, a quienes se les invitó a participar del estudio explicándoles los objetivos del estudio, y en último término se les solicitó la firma del consentimiento informado.
- Una vez terminado la selección, se inició con el registro de datos en la encuesta de recolección de datos (anexo 1). De acuerdo a los objetivos y variables planteadas. El responsable de la recolección fue el investigador.
- Finalmente, una vez recolectada la información, se procedió con la evaluación y análisis de los datos.

Análisis estadístico

Luego de la haber realizado el recojo de los datos se procedió al llenado en el programa estadístico SPSS v.23, en español, además se realizó el control de calidad de los datos (consistencia, y depuración) y su respectivo análisis estadístico.

Análisis descriptivo:

Para las variables cuantitativas se utilizó la medida de tendencia central (promedio) y medida de dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas se determinaron las frecuencias absolutas y relativas (%). Asimismo, se utilizaron las

herramientas gráficas del programa Excel, tales como el diagrama de barras y/o diagrama circular.

Consideraciones éticas

El carácter prospectivo del presente estudio implicó la participación directa de los participantes; sin embargo, el hecho de manejar a cada uno de ellos con un código de identificación garantizó la confidencialidad de la información. Estas consideraciones siguen los lineamientos para la investigación biomédica establecido en la 64ª asamblea general de la Declaración de Helsinki donde se menciona: “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal”.⁽¹⁵⁾ Por otro lado, no se realizaron procedimientos invasivos, simplemente se llevó a cabo el registro de información personal mediante cuestionario, razón por la cual el estudio pasa a ser catalogado como investigación de “Riesgo mínimo”. Asimismo, previo a la realización del presente estudio, este fue evaluado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

3. RESULTADOS

En el presente estudio participaron en total 35 pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Servicio de Cardiología en el Hospital Militar Central en el mes de setiembre del año 2016, quienes cumplían los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Las siguientes tablas y gráficos permitirán determinar la calidad de vida de los pacientes, en su componente físico y mental.

Tabla 3. Características epidemiológicas de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

Características epidemiológicas	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. - Máx.)	
Edad	66,9 \pm 16,8 (18 - 89)	
	N	%
Joven	2	5,7%
Adulto	6	17,1%
Adulto mayor	27	77,1%
Sexo		
Masculino	31	88,6%
Femenino	4	11,4%
Estado civil		
Soltera	7	20,0%
Casado	26	74,3%
Viuda/o	2	5,7%
Grado de Instrucción		
Secundaria	14	40,0%
Superior	21	60,0%
Residencia		
Surco	6	17,1%
Lima	6	17,1%
San Borja	6	17,1%
La Molina	3	8,6%
Otros	14	40,0%
Total	35	100,0%

Según la Tabla 3, la edad promedio de los pacientes fue $66,9 \pm 16,8$ años, donde el 77,1% perteneció al grupo de los adultos mayores, es decir, tenían 60 o más años de edad; luego, el 17,1% perteneció al grupo de los adultos de 30 a 59 años y finalmente solo un 5,7% representó al grupo de los jóvenes de 18 a 29 años (Ver gráfico 1). El sexo predominante entre los pacientes fue el masculino con el 88,6%; el 74,3% era casado; el 60% alcanzó estudios superiores y los distritos de residencia más comunes fueron

Surco, San Borja y La molina, donde en cada uno de ellos vivía un 17,1% de los pacientes.

Gráfico 1. Edad de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

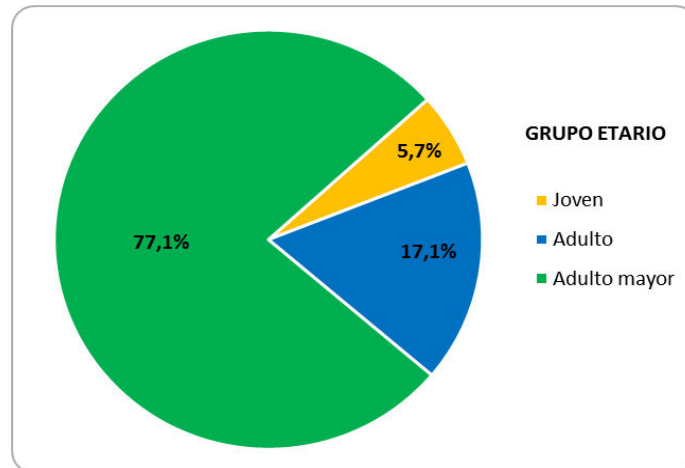


Tabla 4. Características clínicas de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

Características clínicas	N=35	%
IMC		
Normal	20	57,1%
Sobrepeso	8	22,9%
Obesidad	7	20,0%
Tipo de enfermedad cardiovascular		
Coronaria	22	62,9%
Cardiomiopatía dilatada	5	14,3%
Valvular	3	8,6%
Otros	5	14,3%
Comorbilidades*		
Hipertensión arterial	22	62,9%
Dislipidemia	4	11,4%
Diabetes mellitus	3	8,6%
Insuficiencia renal crónica	1	2,9%
Otros	4	11,4%
Tipo de tratamiento*		
Tratamiento médico farmacológico	16	45,7%
Intervención con angioplastia	16	45,7%
Intervención con bypass	8	22,9%
Otros	7	20,0%

(*) No excluyentes

Según la Tabla 4, el 57,1% de los pacientes presentó índice de masa corporal normal, el 22,9% presentó sobrepeso y el 20%, obesidad (Ver gráfico 2). El 62,9% presentó enfermedad cardiovascular coronaria; el 14,3%, cardiomiopatía dilatada, el 8,6% enfermedad valvular y el 14,3% restante, otra enfermedad cardiovascular. Entre los tipos de comorbilidades presentados, el 62,9% de los pacientes (la mayoría) sufrió al menos de hipertensión arterial. Por otro lado, un 45,7% llevó un tratamiento médico farmacológico, al otro 45,7% se le realizó intervención con angioplastia, a un 22,9% se le realizó intervención con bypass, y a un 20% se le realizó otro tipo de tratamiento. Cabe resaltar que un paciente pudo llevar uno o más de estos tipos de tratamientos.

Gráfico 2. Índice de masa corporal de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

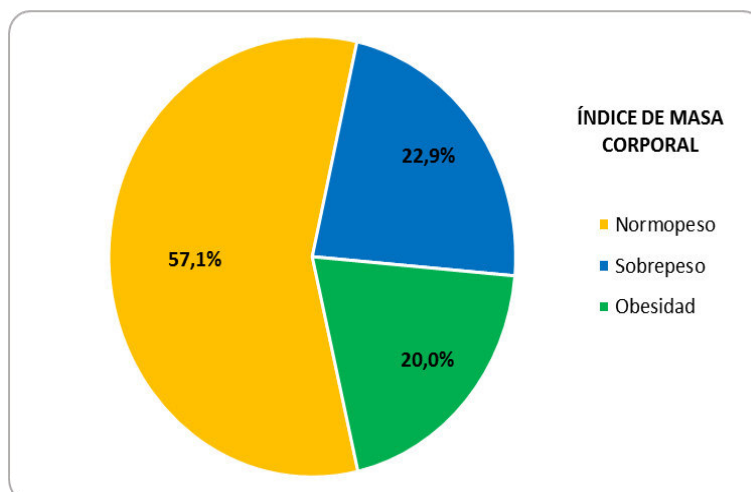


Tabla 5. Calidad de vida de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

Calidad de Vida	N	%
Bueno	7	20,0%
Regular	20	57,1%
Malo	8	22,9%
Total	35	100,0%

Según la Tabla 5, del 100% (35) de los pacientes, el 20% refirió tener una buena calidad de vida, sin embargo, la mayoría refirió una calidad de vida regular representando el 57,1% y el 22,9% restante refirió una mala calidad de vida. (Ver gráfico 3)

Gráfico 3. Calidad de vida de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

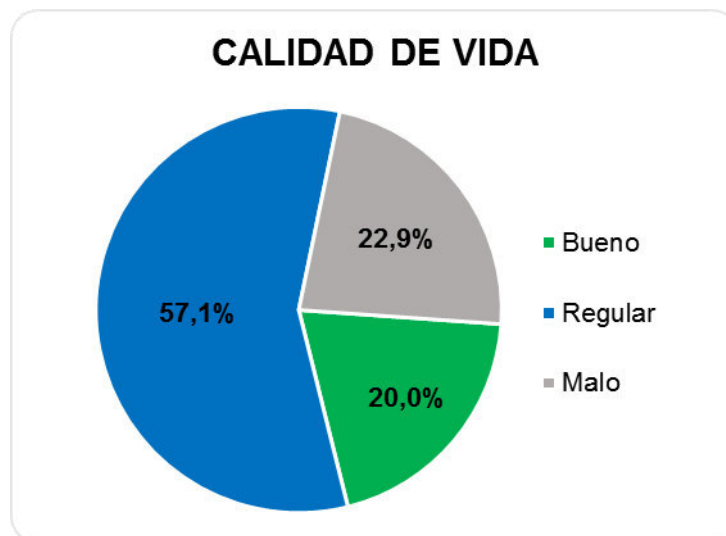


Tabla 6. Componente Físico de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

Componente Físico	N	%
Bueno	1	2,9%
Regular	21	60,0%
Malo	13	37,1%
Total	35	100,0%

Según la Tabla 6, del 100% (35) de los pacientes, solo el 2,9% presentó buena calidad de vida en cuanto a su capacidad física, sin embargo, la mayoría 60% presentó regular componente físico y el 37,1% restante mostró un nivel malo del componente físico (Ver gráfico 4)

Gráfico 4. Componente Físico de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

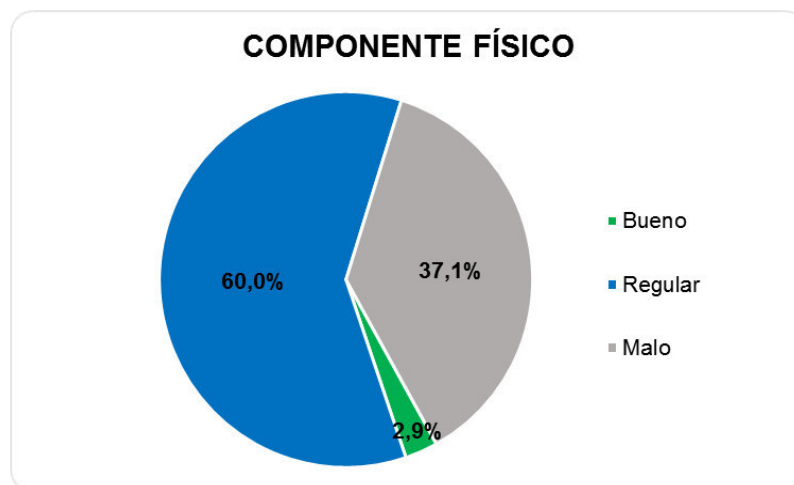


Tabla 7. Dimensiones del Componente Físico de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

Componente Físico	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Función física	0	0,0%	10	28,6%	25	71,4%	35	100%
Rol físico	11	31,4%	9	25,7%	15	42,9%	35	100%
Dolor corporal	21	60,0%	12	34,3%	2	5,7%	35	100%
Salud general	8	22,9%	20	57,1%	7	20,0%	35	100%

Según la Tabla 7, en cuanto a las dimensiones del componente físico: la mayoría de los pacientes, es decir el 71,4%, presentó mala calidad de vida en cuanto a la Función física. Asimismo, el 42,9% presentó mala calidad de vida según el Rol físico. Por otro lado, el 60% presentó buena calidad de vida respecto al dolor corporal, es decir, no tenía dolores que limiten sus actividades. A su vez, el 57,1% presentó regular Salud general. (Ver gráfico 5)

Gráfico 5. Dimensiones del Componente Físico de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

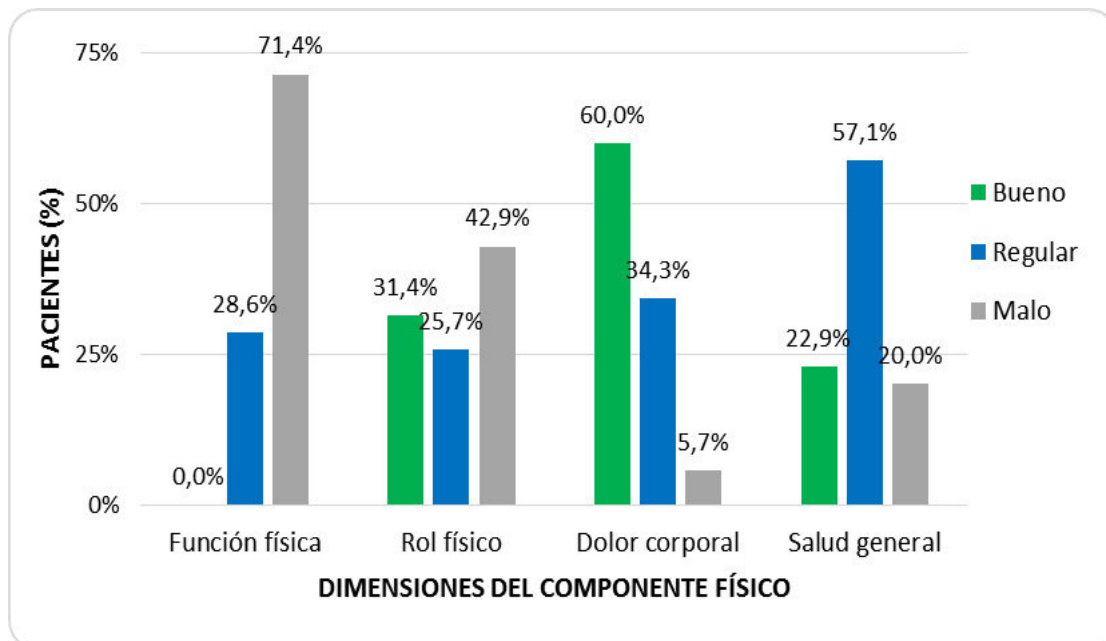


Tabla 8. Componente Mental de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

Componente Mental	N	%
Bueno	16	45,7%
Regular	16	45,7%
Malo	3	8,6%
Total	35	100,0%

Según la Tabla 8, del 100% (35) de los pacientes, el 45,7% presentó buena calidad de vida en cuanto a su componente mental, otro 45,7% presentó regular componente mental y solo el 8,6% mostró un componente mental malo. (Ver gráfico 6)

Gráfico 6. Componente Mental de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

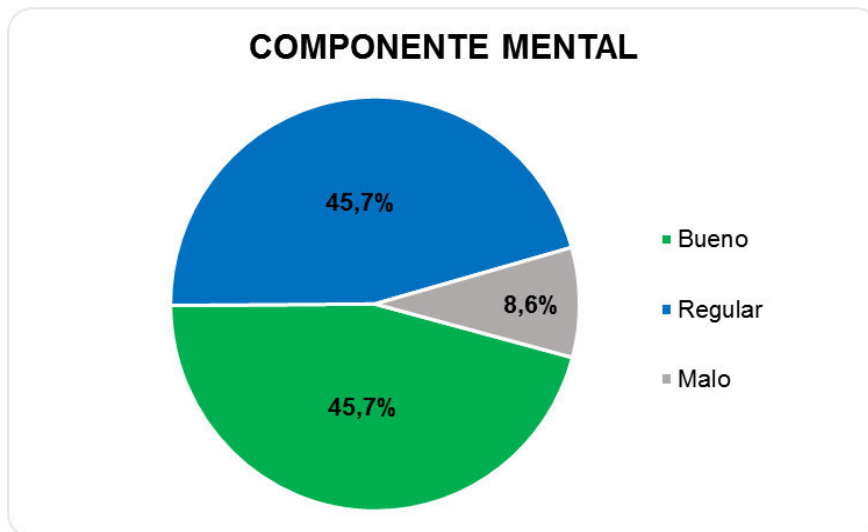
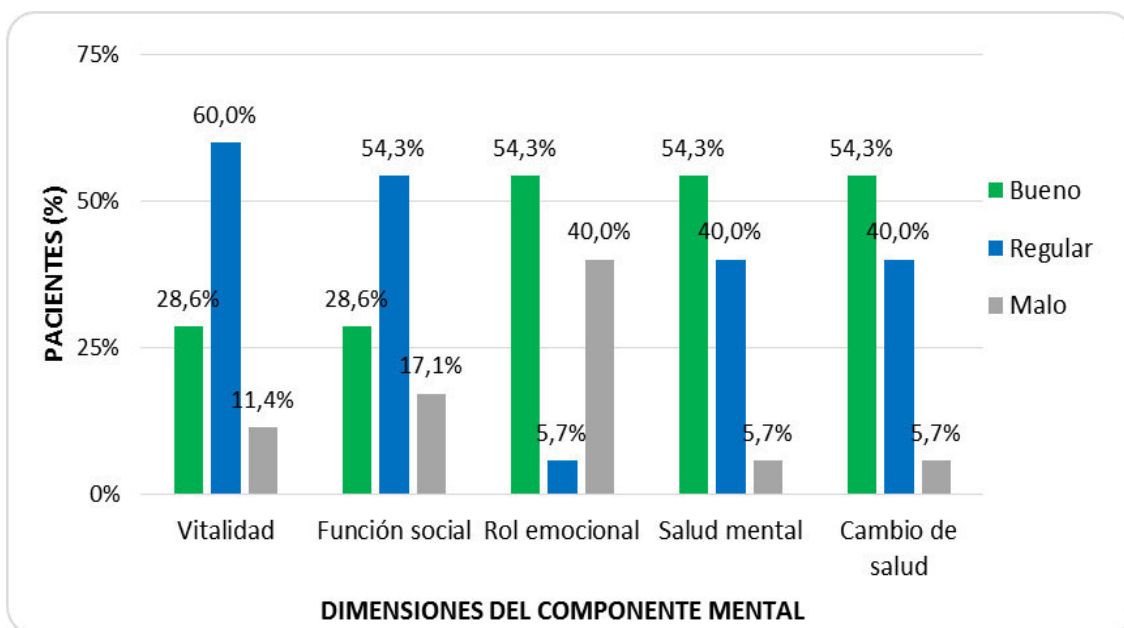


Tabla 9. Dimensiones del Componente Mental de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016

Componente Mental	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vitalidad	10	28,6%	21	60,0%	4	11,4%	35	100%
Función social	10	28,6%	19	54,3%	6	17,1%	35	100%
Rol emocional	19	54,3%	2	5,7%	14	40,0%	35	100%
Salud mental	19	54,3%	14	40,0%	2	5,7%	35	100%
Cambio de salud	19	54,3%	14	40,0%	2	5,7%	35	100%

Según la Tabla 9, en cuanto a las dimensiones del componente mental: la mayoría de los pacientes, es decir el 60%, presentó regular calidad de vida en cuanto a la Vitalidad. Asimismo, el 54,3% presentó regular calidad de vida según la Función social. Por otro lado, el 54,3% presentó buena calidad de vida respecto al Rol emocional. A su vez, el 54,3% presentó buena Salud mental. Finalmente, el 54,3% presentó buen cambio en su salud, es decir, considera que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año. (Ver gráfico 7)

Gráfico 7. Dimensiones del Componente Mental de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016



4. DISCUSIÓN

La calidad de vida de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central, en el presente estudio fue calificada como regular por poco más de la mitad (57,1%), lejos se encuentran aquellos que la calificaron como mala y buena. Por su parte Khalife-Zadeh A., et al., en su estudio realizado el año 2015 en Irán con el objetivo de investigar el efecto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida en pacientes con síndrome coronario agudo, observó que en el grupo de estudio, las puntuaciones medias en todas las dimensiones de la calidad de vida aumentaron significativamente después de la intervención ($P < 0,05$), comparados con el grupo control, concluyendo que el programa de rehabilitación cardíaca pudo conducir a la mejora de la calidad de vida en los pacientes con síndrome coronario agudo. Del mismo modo Saeidi, M., et al., en su investigación realizada el año 2013 en Irán, cuyo objetivo fue evaluar el impacto del programa de RC sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular, demostró que la salud general mejoró significativamente en todos los pacientes mostrando un ($P < 0,05$), concluyendo entonces que el programa de RC pudo mejorar la calidad de vida en pacientes cardíacos especialmente en las mujeres.

Las características epidemiológicas de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca, muestran predominio de los pacientes pertenecientes al grupo etario del adulto mayor, al sexo masculino y estado civil casado; más de la mitad tenían grado de instrucción superior y en cuanto a la residencia, los pacientes estaban divididos entre los diferentes distritos de Lima sin una mayoría marcada. Similares resultados fueron los que hallaron Atehortúa D., et al., el año 2011 en su estudio titulado “Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca basado en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardíaca y la calidad de vida, en pacientes con falla cardíaca”, donde contaron con 22 pacientes, cuya edad promedio fue 59 años, 77,3% fueron hombres y 90,9% tenían enfermedad coronaria. Por su parte Petro J., el año 2010 en Colombia, observó que la edad media de sus pacientes fue 60 años y 80% pertenecían al sexo masculino. A nivel nacional Pacci K., et al., el año 2011 en su estudio denominado “Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú”, hallaron también que de los 219 pacientes evaluados

en el programa de rehabilitación cardíaca del INCOR, el 67,1% eran varones, la edad promedio fue 63,6 años, un 74% eran casados, 91,3% residían en Lima, 39,7% habían concluido sus estudios secundarios y el 73,1% se encontraba en condición postoperatoria.

Respecto al componente físico de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca, se observó que en general el 60,0% se encontraba con una calidad de vida en su componente físico calificado como regular, poco más de la tercera parte lo calificó como malo y solo 1 paciente tenía una buena calidad de vida física. Las dimensiones del componente físico reflejaron que más de la mitad calificaron al dolor corporal como bueno (60,0%), la salud general como regular (57,1%) y a la función física como mala (71,4%), mientras que la dimensión rol físico fue calificada sin diferencias marcadas en las tres formas: buena, regular y mala. Por su parte Atehortúa D., et al., en Colombia el año 2011, detalla que, con la intervención del programa, sólo hubo mejoría en el ítem “cambio de salud en el tiempo” obteniendo un valor de ($p=0,003$), no hubo cambios en las ocho escalas específicas del cuestionario ($p>0,05$), concluyendo que los pacientes solo mejoraron su capacidad funcional, función sistólica y la calidad de vida general. Estos resultados contrastan con los hallados por Saeidi, M., et al., el año 2013 en su estudio titulado “Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life in patients with coronary artery disease”, donde mencionan que todas las dimensiones físicas incluyendo la función física, limitación física, dolor corporal y salud general, mejoraron significativamente en todos los pacientes mostrando un ($P <0,05$). Lo mismo hallaron Tavella, R., y Beltrame, J., el año 2011 en su investigación realizada en Australia, donde identificaron que el grupo de pacientes que participaron en el programa tuvieron una mejor calidad de vida en sus dimensiones física y mental mostrando un ($p <0,05$). Finalmente Pacci K., et al., en su investigación realizada en Lima con el objetivo de determinar el impacto que tiene la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes, observó que la función física ($p =0,001$), rol físico ($p =0,0103$), dolor corporal ($p =0,0031$) y salud general ($p=0,0001$) si mostraron diferencias significativas por lo que concluyeron que la rehabilitación cardíaca permite obtener mejoras importantes en la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto al componente mental de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca, se identificó la misma cantidad de pacientes para la calidad de vida en su aspecto mental calificada como buena y regular, y solo 3 pacientes presentaron una mala calidad de vida mental. Asimismo, se observó que la calidad de vida en su aspecto mental fue calificada como buena en sus dimensiones rol emocional, salud mental y cambio de salud por el 54,3% y como regular, la vitalidad (60,0%) y la función social (54,3%). Del mismo modo Saeidi, M., et al., el año 2013 en Irán describió en su estudio que la vitalidad mejoró significativamente con un ($p < 0,05$), además, los pacientes con edad menor a 65 años tenían mayores mejorías en la salud mental y la función social que los pacientes con más de 65 años de edad ($P < 0,05$). Igualmente Pacci K., et al., mencionaron que tanto la función social ($p = 0,0033$) y el rol emocional ($p = 0,0002$) resultaron ser significativos en la calidad de vida mental de los pacientes luego de las sesiones de rehabilitación, concluyendo que la rehabilitación cardíaca permite a los pacientes lograr mejoras importantes en su calidad de vida. Por último Petro J., en su estudio titulado “Beneficios de un Programa de Rehabilitación Cardíaca en la Capacidad Funcional y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cardiopatía Coronaria”, también observó que tanto en la salud física y mental ($p = 0,0032$ y $p = 0,0005$), incrementaron significativamente luego de que los pacientes participaran del programa de rehabilitación, concluyendo finalmente que el programa de rehabilitación cardíaca sí tuvo sobre la calidad de vida de los usuarios.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Más del 50% de los pacientes que asisten al programa de Rehabilitación cardiaca en el Hospital Militar Central presentaron una calidad de vida regular.
- La mayoría de los pacientes presentaron una calidad de vida regular en cuanto a su componente físico. La mayoría de los pacientes presentaron mala función física y rol físico, sin embargo, buena reacción al dolor corporal y regular salud general.
- En cuanto al componente mental de la calidad de vida los pacientes manifestaron un nivel medio y bueno en la misma proporción. La mayoría de los pacientes presentaron regular vitalidad y regular función social, al mismo tiempo, presentaron buen rol emocional, buena salud mental y buen cambio de salud.
- La mayoría de los pacientes eran adultos mayores, del sexo masculino, casados, con estudios superiores, procedentes de los distritos de Surco, Lima y San Borja.
- La mayoría de los pacientes presentó índice de masa corporal normal (57.1%), la enfermedad cardiovascular más común fue la coronaria. La mayoría sufría de hipertensión arterial (62.9%), y casi la mitad llevaba un tratamiento médico farmacológico o se le había realizado intervención con angioplastia.

5.2 Recomendaciones

- Debido a que el componente físico de la calidad de vida de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central, fue calificado como regular por un gran porcentaje de pacientes, se sugiere realizar cambios en aquellos aspectos que teniendo en cuenta los resultados necesitan ser replanteados de acuerdo a las nuevas características de los pacientes que participan de este programa, pues las condiciones y calidad de vida actuales exigen una mejora continua.
- En cuanto al componente mental de la calidad de vida de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca, se sugiere enfatizar en las 5 dimensiones realizando un enfoque dirigido al tipo de paciente, considerando las características sociodemográficas como el sexo o lugar de procedencia; pues en ninguna se encuentra una mayoría marcada de satisfacción de parte del paciente.

- Ya que las características epidemiológicas de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central, indica que la gran mayoría son personas del sexo masculino y pertenecientes al grupo del adulto mayor, se recomienda enfocar los contenidos físicos y mentales de rehabilitación de modo que pueda satisfacer a esa gran mayoría, claro está sin minimizar las necesidades tanto físicas y mentales de las pacientes mujeres y jóvenes también, y además implementar mayor control de los factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la Salud (OMS). Las enfermedades cardiovasculares (ECV). Hoja informativa, 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1j9C0DC>
2. Cano R, Alguacil I, Alonso J, Molero A, Miangolarra J. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65 (1): 72–79.
3. Acevedo M, Kramer V, Bustamante M, Yañez F, Guidi D, Corbalán R, et al. Rehabilitación cardiovascular y ejercicio en prevención secundaria. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1307-1314.
4. Pacci K, De la Cruz C, Alzamora A, Nureña L, Olórtegui A, Fernández R. Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. *Rev. Perú. epidemiol.* 2011; 15 (1): 1-4
5. Khalife-Zadeh A, Dorri S, y Shafiee S. The effect of cardiac rehabilitation on quality of life in patients with acute coronary syndrome. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015; 20 (5): 588–593.
6. Saeidi M, Mostafavi S, Heidari H, y Masoudi S. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life in patients with coronary artery disease. *ARYA Atheroscler.* 2013; 9 (3): 179-185.
7. Intarakamhang P, y Intarakamhang U. Effects of the Comprehensive Cardiac Rehabilitation Program on Psychological Factors and Quality of Life among Coronary Heart Disease Patients. *Global Journal of Health Science.* 2013; 5 (2): 145-152
8. Tavella R, y Beltrame J. Cardiac rehabilitation may not provide a quality of life benefit in coronary artery disease patients. *BMC Health Services Research* 2012, 12:406.
9. Atehortúa D, Gallo J, Rico M, Durango L. Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca basado en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardíaca y la calidad de vida, en pacientes con falla cardíaca. *Rev Colomb Cardiol.* 2011; 18 (1): 25-36.

10. Petro J. Beneficios de un Programa de Rehabilitación Cardíaca en la Capacidad Funcional y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cardiopatía Coronaria. *PubliCE Standard*. 2010, p.1-17
11. Gómez A, Miranda G, Pleguezuelos E, Bravo R, López A, Expósito J, et al. Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). *Rehabilitación (Madr)*. 2015; 49 (2): 102-124.
12. Achury D, Rodríguez S, Agudelo L, Hoyos J, Acuña J. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2011, 13(2): 49-74.
13. García A, Santibáñez M, Soriano G. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7 (3): 88-98.
14. Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*: 2006; 24: 2.
15. Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General. Fortaleza (Brasil): 2013.

7. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Calidad de vida en pacientes que asisten al Programa De Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016”

Investigador : José Antonio De Jesús Vallés Tapia.

Propósito del Estudio:

Este es un estudio desarrollado con la finalidad de determinar la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016. La importancia del presente trabajo de investigación radica en los beneficios tanto para el personal de salud como para los pacientes pues los resultados de esta investigación permitirán conocer si hay un nivel alto de calidad de vida de los pacientes que participan en el Programa de Rehabilitación Cardíaca.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le hará unas preguntas sobre sus datos epidemiológicos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y lugar de residencia) y datos clínicos (IMC, tipo de tratamiento, tipo de enfermedad y comorbilidades). Por otro lado, se le aplicará un cuestionario sobre calidad de vida basado en la Escala de Likert de 5 y 3 categorías, como también preguntas dicotómicas (Si/No).

Riesgos:

No se prevén riesgos para su salud derivados de la participación en el estudio, puesto que el recojo de la información necesaria se realizará mediante un cuestionario.

Beneficios:

El pertenecer al estudio no producirá beneficio económico, pero se beneficiará la institución pues se obtendrán resultados que permitirán implementar las mejoras correspondientes.

Costos e incentivos:

Usted no recibirá ningún incentivo económico, únicamente la satisfacción de colaborar para lograr un conocimiento más amplio sobre la calidad de vida de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Servicio de Cardiología del H.M.C.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información mediante códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al investigador, José Antonio de Jesús Vallés Tapia, al celular: 966424383.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos teléfono 3283229, anexo: 4672

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Investigador

Anexo 2: Ficha de recolección de datos5

“Calidad de vida en pacientes que asisten al programa de rehabilitación cardiaca en el Hospital Militar Central 2016”

ID: _____

Fecha: ___/___/___

Nº: ○

I. Características epidemiológicas:

Edad: _____ años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior ()

Estado Civil: Soltera/o () Casado/a () Conviviente ()
Viuda/o () Otro ()

Lugar de residencia: _____

II. Características clínicas:

Peso: _____ kg Talla: _____ m IMC: _____ kg/m²

Tipo de tratamiento: Intervención con angioplastia () Intervención con bypass ()

Cirugía valvular () Tratamiento médico () Otros () _____

Tipo de enfermedad cardiovascular: Enfermedad coronaria () Enfermedad valvular ()

Cardiomiopatía dilatada () Otros () _____

Comorbilidades:

Hipertensión arterial: Si () No () Diabetes Mellitus: Si () No ()

Insuficiencia renal crónica: Si () No () Dislipidemia: Si () No ()

Otros: Si () No () especificar: _____

III. Calidad de vida:

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, ¿diría usted que su salud es: (Componente físico – Salud general)

Excelente () Muy buena () Buena () Regular () Mala ()

2. Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año.

(Componente mental – cambio de salud)

Mucho mejor () Algo mejor () Igual () Algo peor () Peor ()

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto? Marque con una X la respuesta que crea conveniente. (Componente Físico – Función física)

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	Sí, no me limita para nada
a) Esfuerzos intensos: correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes que requieren gran esfuerzo			
b) Actividades moderadas: mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta			
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras			
d) Subir varios pisos por la escaleras			
e) Subir un solo piso por la escaleras			
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse			
g) Caminar más de 10 cuadras (1 km)			
h) Caminar varias cuadras			
i) Caminar una sola cuadra			
j) Bañarse o vestirse			

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física? (C. Físico – Rol Físico)

Actividades	Si	No
a) ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?		
b) ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?		
c) ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?		
d) ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (Por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?		

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)? (Componente Menta – Función social)

Actividades	Si	No
a) ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?		
b) ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?		
c) ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?		

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?
(Componente Mental - función social)
Nada es absoluto () Ligeramente () Moderadamente () Bastante () Extremadamente ()
7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas? (C. Físico – dolor corporal)
Ninguno () Muy poco () Moderado () Mucho () Muchísimo ()
8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)? (Componente Físico - dolor corporal)
Nada en absoluto () Un poco () Moderadamente () Bastante () extremadamente ()
9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas...
(Componente Mental – Vitalidad y salud mental)

Actividades	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a) se ha sentido lleno/a de vitalidad?						
b) ha estado muy nervioso/a?						
c) se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?						
d) se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?						
e) ha tenido mucha energía?						
f) Se ha sentido desanimado/a y triste?						
g) se ha sentido agotado/a?						
h) se ha sentido feliz?						
i) se ha sentido cansado/a?						

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? (C. Mental – Función social)
Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca () Nunca ()
11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones?(C.mental - salud mental- cambio desalud)

Actividades	Totalmente cierta	Bastante cierta	No se	Bastante falso	Totalmente falsa
a) Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas					
b) ha estado muy nervioso/a?					
c) Creo que mi salud va a empeorar.					
d) Mi salud es excelente.					

Anexo 3: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>Problema Principal ¿Cuál es la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016?</p>	<p>Objetivo General Determinar la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el componente físico de la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016. • Determinar el componente mental de la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016. • Describir las características epidemiológicas de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca según su nivel de calidad de vida. • Describir las características clínicas de los pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca según su nivel de calidad de vida. 	<p>El estudio es de tipo descriptivo y no amerita la formulación de una hipótesis; sin embargo se propone el supuesto que la calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central durante el año 2016 es alta, tanto en el componente físico como mental.</p>	<p>Características epidemiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Sexo. • Estado civil. • Grado de instrucción. • Lugar de residencia. <p>Características clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC. • Tipo de tratamiento. • Tipo de enfermedad cardiovascular. • Comorbilidades. <p>Calidad de vida (cuestionario SF-36)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componente físico Función física. Rol físico. Dolor corporal. Salud general. • Componente mental Vitalidad. Función social. Rol emocional. Salud mental. 	<p>Tipo y diseño de investigación: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo, de corte transversal.</p> <p>Población y muestra: Población: 35 pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Servicio de Cardiología en el Hospital Militar Central durante el año 2016.</p> <p>Muestra: Debido a la reducida cantidad de la población no se realizará muestreo, por lo que la muestra estará constituida por toda la población, es decir 35 pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Servicio de Cardiología en el Hospital Militar Central durante el año 2016.</p> <p>Técnica e instrumento: - Técnica de recolección de datos: Encuesta. - Instrumento de recolección de datos: Cuestionario.</p>

Anexo 4: Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías
Características epidemiológicas	Son un conjunto de características epidemiológicas relacionados a los pacientes que participan en el programa de rehabilitación cardiaca	Edad	Cuantitativa	Razón	Años
		Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino /Femenino
		Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero/a Casado/a Conviviente/a Viudo/a
		Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal	Sin estudios Primaria Secundaria Superior
		Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal	En texto
Características Clínicas	Son un conjunto de características clínicas de los pacientes que participan en el programa de rehabilitación cardiaca	IMC	Cuantitativa	Razón	Kg/m2
		Tipo de tratamiento	Cualitativa	Nominal	Intervención con angioplastia Intervención con bypass Cirugía valvular Tratamiento médico
		Tipo de enfermedad cardiovascular	Cualitativa	Nominal	Enfermedad coronaria Enfermedad valvular Cardiomiopatía dilatada
		Comorbilidades	Cualitativa	Nominal	Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Insuficiencia renal crónica Dislipidemia

Calidad de vida	Bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con las áreas física y mental de los pacientes que participan en el programa de rehabilitación cardiaca	Componente físico	Cualitativa	Nominal	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general
		Componente mental	Cualitativa	Nominal	Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental Cambio de salud