

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

“ FACTORES QUE DIFICULTAN LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES QUE FUERON HOSPITALIZADOS POR CARDIOPATIAS ISQUEMICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA JUNIO 2003-JUNIO 2004. ”

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al
Licenciado en enfermería.

Carolina Leila Ríos Vega
Valdivia-Chile
2005

Profesor patrocinante:

Nombre : Sra. Cecilia Rosas González.
Profesión : Enfermera.
Grados : Magíster en Educación.
Mención Tecnología Educativa

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores Informantes:

1) - Nombre : Sra. Rosa Elena Parada Hinojosa
-Profesión : Enfermera
-Grados : Magíster en Desarrollo Rural.

-Instituto : Enfermería
-Facultad : Medicina
-Firma :

2) - Nombre : Sra. Beate Messing Grube
-Profesión : Enfermera
-Grados : Especialista en Salud Familiar y Comunitaria

-Instituto : Enfermería.
-Facultad : Medicina
-Firma :

Fecha de Examen de Grado:

"Mi agradecimiento a cuantas personas han hecho posible la realización del presente trabajo Sra. Rosa Elena Parada, Sra Beate Messing y patrocinante del estudio Sra. Cecilia Rosas, porque con sus exigencias pedagógicas, supieron despertar en mí el espíritu de superación".

“A mi madre, por llenar mi infancia de alegrías, por creer siempre en mí, por apoyarme en todo, por apoyarme siempre., porque mis logros son reflejo de su espíritu. A mi madre gracias".

INDICE

MATERIAS	PAGINAS
RESUMEN	01
SUMMARY	02
1. INTRODUCCIÓN	03
2. MARCO TEORICO	05
3. OBJETIVOS	12
4. MATERIAL Y METODO	13
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSIÓN	31
7. CONCLUSIÓN	35
8. BIBLIOGRAFÍA	39
9. ANEXOS	41

RESUMEN

En Chile las enfermedades cardiovasculares son responsables del 20% del total de fallecimientos, constituyendo la primera causa en hombres mayores de 35 años y mujeres mayores de 50 años.

Es por esto que es de suma importancia implementar programas de rehabilitación que cubran tanto las áreas biológica, psicológica, y social de estos pacientes, demostrando la importancia de la participación de profesionales de enfermería como parte indispensable del equipo multidisciplinario.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo, a un total de 32 personas que sufrieron de una cardiopatía isquémica (Infarto agudo al miocardio o Angina de pecho) y fueron hospitalizados en el servicio de Medicina Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia durante el período de Junio 2003 a Junio 2004, cuyos criterios de selección fueron; residencia en Valdivia, hasta los 65 años, y que presentaran factores de riesgo controlables y/o modificables.

La recolección de información se realizó por medio de un instrumento diseñado y previamente probado para ese fin, el que fue aplicado en el domicilio de cada paciente, logrando obtener 26 entrevistas satisfactorias, excluyendo a pacientes fallecidos, otros que no se encontraron luego de dos visitas y quienes no firmaron el consentimiento informado.

En relación a los resultados, los factores de riesgo modificables permanecen en aproximadamente la mitad de la población destacándose el estrés y sedentarismo en el sexo femenino, y el alcohol y tabaco en el sexo masculino.

Los factores controlables como la Hipertensión arterial y Dislipidemia están presentes en más de la mitad de la población, diferenciándose de la Diabetes Mellitus que sólo está presente en un número reducido de la población femenina.

El autocuidado no ha sido asumido en la población estudiada especialmente lo que se relaciona con la dieta y tratamiento farmacológico. Hay que destacar que más de la mitad de la población no percibe como importante el episodio sufrido, creen que los costos que le trae el cambiar su estilo de vida son altos y además no tienen real conciencia de los riesgos potenciales que presentan. Todo esto influye directamente en la mantención de factores de riesgo modificables y controlables.

SUMMARY

In Chile the cardiovascular disease is responsible for 20% of the total deaths, it constitutes the first cause in men older than 35 years old and in women older than 50.

It is for this reason that is very important to design rehabilitation programmes that cover not only biological but also psychological and social areas of these patients, showing the importance of the participation of nursing professionals as an essential part of the multidisciplinary team.

A quantitative, transversal, descriptive study was done to a total of 32 persons who suffered from an ischemic cardiopathy (An acute myocardial infarction or angina pectoris) and were hospitalized in the Adult Medicine Service from the Hospital Clinico Regional Valdivia during the period of June 2003 and June 2004, The selection criterios were residence in Valdivia, until 65 years old that showed risk factors that could be controlled or modified.

The collection of information was done by means of an instrument designed and previously proved for that purpose which was applied at the home of every patient obtaining 26 satisfactory interviews excluding the patients died, others who were not found after two visits, and which did not sign the informed consent.

In relation to the results, the modified risk factors remain in approximately half of the population being outstanding stress and sedentariness in the females, and alcohol and tobacco in the males.

The controllable factors like arterial hipertension and dislipidemia are present in more than half of the population, differing from the diabetes mellitus that is only present in a reduced number of the femenine population.

The selfcare has not been assumed in the under study population specially the one that it is related to diet and the therapeutic treatment. We have to notice that half of the population does not percive the episode suffered is important, they think that the costs that bring to change of their life styles are high and furthermore they do not have real conscience of the potential risks that they show. All of these have a direct influence in the maintenance of modified and controllable risk factors.

1. INTRODUCCIÓN

La salud cardiovascular se ha constituido como una de las áreas de investigación importantes de la epidemiología y la salud pública, debido especialmente porque se ha logrado establecer el valor de las medidas preventivas, en particular si éstas se aplican en edades tempranas de la vida de las personas. Los riesgos a los que hoy en día las personas están expuestas especialmente por su estilo de vida, se relaciona con la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, las que a su vez constituyen la principal causa de muerte de la población adulta en la mayoría de los países del mundo, incluido Chile.

En los países en vías de desarrollo, la población presenta características económicas, laborales, sociales y demográficas, que están favoreciendo el incremento de los factores de riesgo para estas enfermedades.

El estudio de los factores de riesgo cardiovascular ha tenido un importante impulso en época reciente dando lugar a su mayor valoración y consideración como fundamento para las acciones preventivas tanto primarias como secundarias.

De aquí nace la necesidad de crear programas de rehabilitación cardiovascular los que deben contar con un manejo integral del paciente ya sea en las áreas física, psicológica, y social.

Es aquí donde Enfermería juega un rol fundamental en los programas de rehabilitación cardíaca, ya que al identificar estos factores podemos contribuir a que estas personas desarrollen conductas de autocuidado y así logren cambios para mejorar su calidad de vida. Es por esto que el concepto de autocuidado en enfermería refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. el autocuidado

Además por otro lado permitirá trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, la consejería a personas que se sienten atemorizadas, inseguras, que no aceptan los cambios por diferentes motivos de su vida cotidiana, y de esta forma hacer de la educación para la salud, la herramienta principal de trabajo.

Por lo que el presente estudio cuantitativo realizado en personas que fueron hospitalizadas en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico Regional Valdivia a causa de una cardiopatía isquémica, da a conocer algunos factores de riesgo que dificultan la

rehabilitación y que se han clasificado de la siguiente forma: Controlables; Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial , Dislipidemia. Modificables; estrés, hábito tabáquico, alcohol, y actividad física o sedentarismo. y No Modificables; el sexo y la edad .

El conocer la realidad de los pacientes en Valdivia luego de sufrir una cardiopatía isquémica, es de gran importancia para Enfermería ya que nos da la base para crear o adaptar de forma adecuada programas de rehabilitación y seguimiento de estos pacientes, lo que a su vez mejora la calidad de vida de éstas personas.

2. MARCO TEORICO

En nuestro país la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares, dentro de éstas se encuentra la cardiopatía isquémica o también llamada enfermedad coronaria, que puede ser mortal ó invalidante para las personas, dependiendo de su intensidad del episodio. (Gobierno de Chile. 2001)

La cardiopatía isquémica corresponde a un desequilibrio entre la demanda de oxígeno del miocardio y el aporte del flujo sanguíneo coronario, el que es insuficiente, lo que nos lleva a una isquemia celular. Dentro de estas Cardiopatías podemos destacar ; angina de pecho e infarto agudo al miocardio.(Grif Alspach, 2000)

La Angina es producida por una isquemia transitoria de las células cardíacas, que no llega a necrosis y se caracteriza por ser un dolor agudo, opresivo en el pecho, con una duración que varia de los 15 segundos a los 15 minutos, cede con el reposo, y puede ocasionarse luego de situaciones estresantes, emociones fuertes, actividad física intensa, entre otras .. Se clasifican en: Angina estable, angina inestable, y angina variante o de Prinzmetal. (Grif Alspach, 2000)

El Infarto Agudo al Miocardio (IAM) se produce cuando el flujo sanguíneo coronario disminuye lo que produce necrosis tisular, y se manifiesta con un dolor que aparece de forma sorpresiva, es de gran intensidad, sostenido, profundo, y se puede irradiar hacia el hombro, brazo, cuello, maxilar, que dura mas de 20 minutos y no cede con el reposo o los nitratos . Además se acompaña de diaforesis palidez, piel fría, ansiedad y sensación de muerte, ocasionalmente malestar gastrointestinal (nauseas, vómitos, dolor estomacal). El IAM se determina con electrocardiograma y pruebas séricas como la presencia de enzimas cardíacas positivas. (Brunner y Suddarth, 1998)

En estos pacientes es de suma importancia elaborar una historia completa realizada tanto al paciente como a los familiares, para de esta forma establecer los problemas o situaciones abordables por enfermería y elaborar estrategias de atención adecuadas para el paciente, que deben abarcar atención intra como extrahospitalaria, y no debemos dejar fuera de nuestra planificación a la familia, la que también debe asumir la enfermedad de la persona y puede ser de mucha utilidad en la rehabilitación del paciente. (Martínez, 1990)

Por esto no debemos olvidar que estas personas tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones. Fishbein ha desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual. En esta teoría se entiende al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, por lo que ha sido llamada Teoría de

la Acción Razonada. Fishbein propone un modelo para entender la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de los individuos. (Fishbein. 1975)

La conducta de las personas está condicionada por su intención. Para entender una conducta primero hay que saber cual es la intención de las personas, motivación . Y la intención es una especie de balance entre dos cosas. Por un lado, muestra la actitud, es decir, lo que la persona cree que debe hacer. Y por otro lado, lo que los autores llaman la “Norma Subjetiva” , que es algo parecido a lo que se podría llamar "la presión del grupo", esto es, la percepción que se tiene de lo que los otros piensan que nosotros debemos hacer. En síntesis, la Teoría de Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que la persona cree que debe hacer y la percepción que tiene de lo que los otros creen que él debe de hacer. (Fishbein. 1975)

Las percepciones en salud se describen en El Modelo de creencias en salud fue desarrollado en 1950 , y luego fue adaptado para explicar conductas en salud.

La conducta en salud del modelo se determina por dos factores. La percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de vulnerabilidad es la creencia de amenaza sobre la propia salud, la percepción de severidad son las creencias de gravedad de la enfermedad, y la percepción de costo y beneficio se da, por la creencia que las acciones serán eficaces para reducir el riesgo y la seguridad de que sus costos serán bajos . (Cabrera G. 2001)

En España se realizo en el año 1998 un estudio sobre “La percepción del paciente con Cardiopatía Isquémica a los dos años del primer evento coronario”, en el se investigo sobre la adopción de comportamientos saludables y su permanencia en el tiempo mediante las variables de ; vulnerabilidad, capacidad de autocuidarse, beneficios y costos o barreras. De el se concluyo que los pacientes a un corto plazo se sienten capaces de autocuidarse y son responsables de sus actos, pero con el paso del tiempo la adopción de acciones saludables se torna difícil. (Cazorla. 2004)

De acuerdo con este modelo se favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables

Además sabemos que este tipo de paciente necesita desarrollar sus habilidades para poder alcanzar un nivel óptimo de autocuidado y así obtener de forma gradual cambios saludables que puedan disminuir los riesgos de complicaciones en un futuro cercano y a la vez que mejoren sus expectativas de vida.

.En el modelo de autocuidado de Dorotea Orem , ella describe lo siguiente; el autocuidado son acciones realizadas por las personas en beneficio propio, para satisfacer una serie de requisitos para mantener su vida, salud y su bienestar. (Orem, 1993)

Cada individuo tiene características propias, y habilidades para satisfacer sus necesidades de autocuidado. Además, de diferentes capacidades en relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas.

El profesional de enfermería, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto. Esto es muy importante para esta investigación, ya que el aporte de enfermería en los pacientes con cardiopatías isquémicas es fundamental para su recuperación.

Estas enfermedades comprometen a la persona en diferentes aspectos como lo son el físico, psicológico, socioeconómico, laboral etc. Por esto y otras causa es que la OMS desde la década de los sesenta , habla de la rehabilitación cardiaca que consta de tres fases; 1º hospitalaria, 2º convalecencia y 3º de mantenimiento. Por lo que puede comenzar desde el segundo día de hospitalización de un paciente y prolongarse hasta cerca de seis meses en el domicilio. .(www.secpyr.org)

La rehabilitación cardiaca se puede definir como un método que abarca al paciente de una perspectiva integral, para de esta forma devolver las capacidades , físicas, psicológicas ,y sociales de la persona para poder seguir una vida con el mejor nivel posible (www.secpyr.org)

En países como España y Argentina hay muchos pacientes que se favorecen con estos programas de rehabilitación cardiaca, existiendo centros especializados en este tema, lo que puede ser una base para implementarlos en nuestro país o en una ciudad como Valdivia.

Para esto se necesita de un equipo multidisciplinario que se encargue de las diferentes áreas de los programas como son: reinserción laboral, apoyo psicológico, recuperación gradual de actividad física y entrenamiento, mantener controlados y disminuir factores de riesgo cardiovascular.(www.secpyr.org)

Diversas investigaciones científicas han demostrado que existen circunstancias, factores de riesgo, que facilitan la aparición de las enfermedades cardiovasculares y dificultan su recuperación . Mientras más alta sea la prevalencia de estos. factores de riesgo (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, obesidad) en una población dada, más susceptible será de padecer alguna de las formas de enfermedad cardiovascular.

Numerosos estudios clínicos y estadísticos han identificado los factores de riesgo de enfermedad, como por ejemplo Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles en la Población General de Valparaíso, 1997 del programa CARMEN-Chile en el que se determinaron factores de riesgo entre ellos los cardiovasculares de esa población, también existen investigaciones en personas post una cardiopatía como el realizado en 15 países de Europa llamada EUROASPIRE en el se observan los cambios de estilo de vida , la modificación de factores de riesgo ,la adhesión terapéutica. Etc .(www.sciencedirect.com). Los factores de riesgo cardiovascular son condiciones individuales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular. (Jodue H. 1999)

Estos factores se dividen actualmente en: Factores no modificables, son constitutivos de la persona la que siempre tendrá ese factor de riesgo y no es posible revertirlo o eliminarlo, dentro de estos se describen:

Herencia El riesgo de enfermedad aumenta si algún familiar en primer grado ha desarrollado una enfermedad coronaria o vascular. .(Grif Alspach, 2000)

Sexo Los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres, y son afectados en edades más tempranas . Debido a la edad fértil de la mujer con la producción de estrógenos y progestágenos ésta se encuentra protegida de sufrir un evento coronario. Luego de la menopausia el riesgo de las mujeres aumenta, pero aún es menor que en el sexo masculino. .(Grif Alspach, 2000)

Edad El riesgo cardiovascular aumenta con el paso de los años. Se ha establecido que los hombres desde los 45 años y las mujeres desde los 55 años aumentan notoriamente su riesgo de desarrollar esta enfermedad. Cuatro de cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años. .(Grif Alspach, 2000)

Factores modificables, son aquellos que pueden ser corregidos, controlados o eliminados a través de cambios en el estilo de vida, aquí encontramos los siguientes:

Dislipidemia El colesterol es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo y es fundamental para el normal funcionamiento del organismo El colesterol es el compuesto que mayoritariamente se deposita en las arterias, estrechándolas. Para circular en la sangre, el colesterol se combina con proteínas llamadas lipoproteínas cuya misión es transportar el colesterol y los triglicéridos. Estas lipoproteínas se sintetizan en el hígado y en el intestino.

El colesterol, en cifras normales, es imprescindible para el metabolismo de cualquier célula, sólo resulta peligroso si sus niveles sanguíneos se elevan. Establecer una

cifra “normal” de colesterol es difícil, pero se sabe que las personas con nivel de colesterol en la sangre mayor a 240 mg/dl tienen doble riesgo de tener un infarto al miocardio que aquellas con niveles menores de 200 mg/dl. . (Brunner y Suddarth, 1998).

El riesgo de enfermedad coronaria se incrementa con el aumento de los niveles de colesterol. y cuando otros factores (como hipertensión y tabaquismo) están presentes, el riesgo crece más aún.

Hipertensión Arterial El corazón impulsa la sangre a través de las arterias ejerciendo sobre ellas la presión necesaria para que circule.

La presión arterial está determinada por la cantidad de sangre que bombea el corazón y la resistencia que ofrecen las arterias a este flujo. La presión sistólica es la presión máxima que se obtiene en cada contracción del corazón y la presión diastólica es la presión mínima durante la fase de relajación

La Hipertensión Arterial incrementa el trabajo a que es sometido el corazón. Aumenta el riesgo de Accidente Vascular Encefálico ,ataque cardíaco, falla renal, etc. Presiones arteriales mantenidas sobre 140/90 mmHg, producen daño en las paredes internas de las arterias y esta lesión favorece la formación de placas de ateroma. Una persona es hipertensa cuando su presión arterial habitual es superior a 140/90 mmHg. Las presiones arteriales sistólicas entre 130 y 140, y diastólicas entre 85 y 90 mmHg se consideran normales altas y deben ser controladas periódicamente. (Brunner y Suddarth, 1998).

Diabetes Mellitus incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular .Más del 80% de los pacientes diabéticos pueden padecer alguna afección de este tipo. Debido a que la glicemia elevada facilita la formación de trombos ya que aumenta la agregación plaquetaria. (Brunner y Suddarth, 1998).

Cigarrillo / fumadores de tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante, con la particularidad que es el más fácil de evitar.(Carpenito, 1998) Está demostrado que la incidencia de enfermedad coronaria es tres veces mayor en los fumadores que en las personas que no tienen este hábito.

Existen 3 mecanismos por los que el tabaco puede producir enfermedad coronaria o cardiovascular:

1. La nicotina desencadena la liberación de las hormonas adrenalina y noradrenalina que producen una contricción de las arterias.
2. La nicotina produce alteraciones de la coagulación, aumenta la capacidad de las plaquetas para unirse y formar coágulos .

3. El fumar produce un incremento de los niveles de dióxido de carbono en la sangre, esto disminuye el aporte de oxígeno y aumenta el trabajo cardíaco. (Brunner y Suddarth, 1998).

Actividad física y sedentarismo La actividad aeróbica regular, juega un rol significativo en la prevención. Niveles moderados de actividad, son beneficiosos a largo plazo si se realizan regularmente. (Rojas, 2000)

El ejercicio regular disminuye la presión sanguínea, aumenta el colesterol HDL y ayuda a prevenir el sobrepeso y la diabetes. Por otro lado colabora a disminuir el estrés, considerado como otro factor que favorece la aparición de complicaciones. La Asociación Americana del Corazón recomienda realizar entre 30 a 60 minutos diarios de ejercicios aeróbicos para reducir el riesgo de sufrir un infarto. Antes de iniciar cualquier programa de entrenamiento físico se recomienda consultar con su médico.

Obesidad Muchos estudios han demostrado que los pacientes obesos presentan más enfermedad cardiovascular que las personas de peso normal. El sobrepeso predispone a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Es perjudicial porque incrementa el esfuerzo a que es sometido el corazón, además el exceso de grasas en el organismo lleva a la obstrucción de arterias, aumento de triglicéridos y colesterol en la sangre. (Rojas, 2000)

Clásicamente se ha definido la obesidad como el incremento del peso debido al aumento de la grasa corporal. Se produce cuando el número de calorías ingeridas es mayor que el número de calorías gastadas. Actualmente se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) y según el valor obtenido se clasifica el nivel de exceso de peso y nivel de obesidad de cada persona.

Otros factores que contribuyen a la aparición de estas enfermedades son los siguientes; Estrés Es sabido que hay vinculación entre la enfermedad coronaria y el estrés, probablemente en su interrelación con los demás factores de riesgo. El estrés no puede eliminarse totalmente, es una reacción normal de las personas ante un evento externo, por lo que no es perjudicial en sí mismo. Cuando se hace inmanejable, se genera un desequilibrio que puede llevar a aumentar el riesgo cardiovascular. (Rojas, 2000)

Alcohol: El consumo excesivo de alcohol puede elevar los niveles de presión arterial y triglicéridos y así aumentar el riesgo de problemas cardiovasculares. (Rojas, 2000, Brunner y Suddarth, 1998)

Patrón de conducta tipo A. Personas que se esmeran por lograr reconocimiento y éxito en la sociedad que los rodea, son muy activos, corren contra el tiempo, son muy perfeccionistas, competitivos, se mantienen siempre alerta, pueden reaccionar de manera explosiva y agresiva frente determinadas situaciones. (Rojas, 2000)

Estas son las clasificaciones y los factores de riesgo más conocidos; para esta investigación solo consideraremos algunos y los clasificaremos de la siguiente forma:

. **Factores de riesgo controlables:** son todos aquellos que pasan a ser parte de la persona pero se pueden mantener regulados, a esta clasificación corresponderán; Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial , Dislipidemia .

. **Factores modificables** serán en el estudio; estrés, hábito tabáquico, alcohol, y actividad física o sedentarismo.

. Factores de riesgo no modificables: los propios de la persona y que no podemos cambiar, como el sexo y la edad.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

Establecer algunos factores controlables, modificables y no modificables de riesgo cardiovascular que dificultan la rehabilitación en pacientes con enfermedades isquémicas

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1.- Caracterizar según sexo, edad, escolaridad, ocupación, a las personas que han sufrido de una cardiopatía isquémica

3.2.2.- Determinar los factores de riesgo modificables (Estrés, Tabaco, Alcohol, Sedentarismo) y controlables (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemia) que permanecen en los pacientes que han sufrido cardiopatía isquémica.

3.2.3.-Determinar según sexo conductas de autocuidado presentes en los pacientes como adhesión terapéutica , a la dieta , a los controles y el buscar ayuda .

3.2.4.-Determinar según sexo creencias o percepciones como: importancia, susceptibilidad o riesgo y costo- beneficio presentes en los pacientes .

4. MATERIAL Y METODO

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo, no experimental, ya que lo que pretende es identificar actualmente el estado de los factores de riesgo cardiovasculares que estaban presentes en la población estudiada, al momento de su hospitalización, sin explicar el porque de estos..Sólo busca mostrar la realidad de la población.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La selección de la población se realizó revisando el libro de ingresos del Servicio de Medicina Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia de donde se obtuvo una lista de pacientes con diagnóstico de ingreso por cardiopatía isquémica con domicilio Valdivia, los que se compararon con la lista de egreso del periodo Junio 2003-Junio 2004 y se obtuvo un total de 32 pacientes,(11 mujeres y 21 Varones). Estos se confirmaron con los datos que entrega estadísticas del Hospital Clínico Regional Valdivia sobre egresos por patologías del Servicio de Medicina, lo que nos proporcionó datos iniciales para la investigación. También se realizó revisión de fichas clínicas según selección previa.

La población total seleccionada estuvo integrada por 32 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de egreso de patología isquémica (infarto o angina) que fueron hospitalizados en el servicio de medicina adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el periodo junio 2003- junio 2004
- Hasta 65 años de edad.
- Residencia actual Valdivia
- Que presenten alguno de los factores de riesgo modificables al hospitalizarse.
- Que presenten alguno de los factores de riesgo controlables al hospitalizarse.
- Que el paciente firme de forma voluntaria el consentimiento informado.(Anexo 1)

Además se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Pacientes que no se encuentren en su domicilio luego de dos visitas.
- Pacientes que han cambiado de domicilio.

De los 32 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, al realizar las visitas domiciliarias, dos de ellos se negaron a participar en la investigación, dos se habían trasladado a otra ciudad, un paciente había fallecido en la ciudad de Temuco, y otro no fue localizado luego de dos visitas. Por lo que la población se redujo a 26 personas (9 mujeres y 17 varones).

4.3. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Edad : tiempo vivido por la persona, expresado en años, desde el día de su nacimiento.

- ___ Adulto joven (18-34 años)
- ___ Adulto medio (35-64 años)
- ___ Adulto mayor (65 años)

Sexo: evidente del interrogado

- Masculino
- Femenino

Escolaridad : Estudios que ha cursado y aprobado la persona al momento de la encuesta.

- Analfabeto (no sabe leer ni escribir)
- Básica incompleta (no aprobó todos los cursos de la enseñanza básica, 1° a 8°)
- Básica completa (todos los cursos de 1° a 8° básico aprobados)
- Media incompleta (no aprobó todos los cursos de enseñanza media, 1° a 4°)
- Media completa (todos los cursos de 1° a 4° media aprobados)
- Técnica o superior incompleta (persona sin título)
- Técnica o superior completa (persona titulada)

Ocupación : tipo de trabajo que realiza la persona al ser encuestada.

- Obrero (persona que realiza trabajos de gran desgaste físico)
- Dueña de casa (quien realiza las labores de su hogar)
- Jubilado (persona que ya no trabaja y recibe pensión mensual)
- Administrativo (persona que realiza funciones dentro de una oficina)
- Profesional (persona que ejerce su título profesional)
- Otra (la actividad realizada por la persona no esta nombrada anteriormente)

Tabaquismo: consumo habitual de tabaco en cualquiera de sus formas de presentación (cigarros, cigarrillos, tabaco, pipa, etcétera) en los últimos tres años.

- Consumo de tabaco (fumar en cualquiera de sus presentaciones o masticar tabaco)
- No fumador (no fumó en los últimos tres años).
- Fumador (fuma actualmente o fumó en los últimos tres años)

- Tiempo de consumo -(Tiempo total de consumo de tabaco en meses y años).
 - Meses.
 - Años.
- Cigarrillos diario (numero de cigarrillos diarios consumidos).
 - Hasta 10 cigarrillos diarios.
 - De 11 a 20 cigarrillos diarios.
 - Más de 20 cigarrillos diarios.
- Consecuencias del tabaco: (Efectos que tiene el tabaco en su organismo).
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
- Disminución de consumo (el numero de cigarrillos antes fumados era mayor que hoy).
 - Si
 - No

Habito de alcohol.:

- Beber.(ingerir bebidas alcohólicas, un trago corresponde a ; 1 botella de cerveza, 1 copa de vino, 1 vasito de licor.)
 - Si
 - No
- Frecuencia (número de veces que ingiere bebidas alcohólicas en una semana)
 - Una
 - Dos a cuatro
 - Más de cuatro
- Solo en ocasiones especiales(por motivo de fiestas ,fechas especiales) :
 - Si
 - No

Sedentarismo: el sedentarismo es la falta de actividad física.

Para fines de la presente investigación se consideró como sedentaria a toda persona que no realiza actividad física regular de duración mínima de 30 minutos, tres días a la semana.

- Físicamente activo (hace ejercicio por 20 minutos 3 veces por semana)

-Si
-No
-A veces

Estrés /Ansiedad Reacción de miedo sin causa aparente, es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona, la persona no duerme bien, se siente cansado ,no puede manejar sus problemas y no tiene tiempo para descansar

- Dormir bien (sueño de 8 horas, sin despertar)

- Si
- No
- A veces

- Descansado (tener tiempo de ocio, que permite relajarse y sentirse con animo de hacer cosas, con fuerza)

- Si
- No
- A veces

- Manejo de vida (tener el control de sus acciones, que no se escapen de sus manos)

- Si
- No
- A veces

- Estar ocupado (no tener tiempo libre para cuidar de su persona)

- Si
- No
- A veces

- Miedo (sensación de angustia , sin causa aparente)

- Si
- No
- A veces

Hipertensión arterial: tensión arterial superior a lo normal de acuerdo con la clasificación según las siguientes categorías, medida al momento de la visita domiciliaria.

- Normal (S†<130, D†<85).
- Normal alta (S130-139, D85-89).

Dislipidemia: nivel sanguíneo mayor de 200 mg/dl de colesterol total.

- Si
- No

Diabetes Mellitus: nivel de glucosa sanguínea en ayuna mayor de 110 mg/dl, con diagnóstico médico.

- Si
- No

Busca ayuda medica cuando la necesita : en caso de enfermedad asistir a consulta médica:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Asistencia a controles (presentarse según citación a policlínico y/o consultorio)

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Cumplimiento de la dieta (consume alimentos según la indicación médica y dieta saludable según MINSAL, Anexo 2)

- siempre 100 % respuestas positivas
- A veces 80 % respuestas positivas
- Nunca menos del 80 % de respuestas positivas

Adhesión al tratamiento farmacológico.(consume medicamentos según dosis y horarios indicados, Anexo 2)

- Buen cumplidor: quien cumple 100% con el tratamiento.
- Mal cumplidor: aquel que no cumple 100 % con las indicaciones del tratamiento.

Percepción o creencia de Importancia: un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración, (la percepción de gravedad del proceso tiene relación con el subsiguiente comportamiento).

- Si
- No

Percepción de Susceptibilidad o Riesgo que se es vulnerable a un determinado problema.(la percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento).

- Si
- No

Percepción Costo-Beneficios: la acción a tomar producirá beneficio a un coste personal aceptable.

- Si
- No

El instrumento de recolección de datos (Anexo 2), presenta la siguiente estructura:

1.-Ítem: Antecedentes personales

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación

2.-Ítem Factores Modificables

- Actividad Física y/o Sedentarismo
- Estrés
- Hábito Tabaquico
- Alcohol

3.-Ítem Factores Controlables

- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus.
- Dislipidemia.

4.-Ítem autocuidado:

- Buscar ayuda.
- Adhesión a controles.
- Adhesión dieta.
- Adhesión tratamiento.

5.- Ítem Percepciones o creencias de los pacientes:

-Importancia del cuadro isquémico.

-Riesgo o vulnerabilidad.

-Costo – Beneficios.

4.4. METODO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para identificar los cambios en los factores de riesgo cardiovascular seleccionados, presentes en los pacientes, se realizó un cuestionario basado en La Encuesta de Base del Programa CARMEN de Chile . La encuesta elaborada consta de 5 Ítem con un total de 40 preguntas, el primer ítem con 4 preguntas , el segundo con 12 preguntas, el tercero de 3 preguntas, el cuarto de 17 preguntas (la variable cumplimiento de la dieta se considero “si” con un 100% de afirmaciones, “a veces” con un 80% de afirmaciones y “no” con menos del 70 % de afirmaciones) . Para la aplicación del instrumento se requiere de 25 minutos por persona aproximadamente, lo que se llevara a cabo en una visita domiciliaria donde además se controló la presión arterial del paciente.

Prueba del instrumento:

El instrumento fue probado en 21 personas , vecinos de la población Ferroviaria con edades que iban desde los 20 a 70 años, de los cuales 5 eran pacientes crónicos, y 16 tenían algún factor de riesgo cardiovascular modificable.

Se aclararon las dudas y se aceptaron sugerencias de los participantes, como por ejemplo, agregar más alternativas en algunas preguntas, y modificar la redacción de otras. Logrando un instrumento fácil de aplicar y comprender.

Recolección de Información

La encuesta se aplicó en forma personalizada, por el encuestador a cada persona con el fin de dirigir la encuesta y aclarar las dudas al paciente sobre las preguntas, y además de facilitar la comprensión de éstas y evitar errores.

Los resultados de las determinaciones analíticas (niveles sanguíneos), de Diabetes Mellitus y Dislipidemia se recogieron antes de las visitas domiciliarias , de la historia clínica de las fichas SOME. de cada paciente, según el ultimo valor registrado.

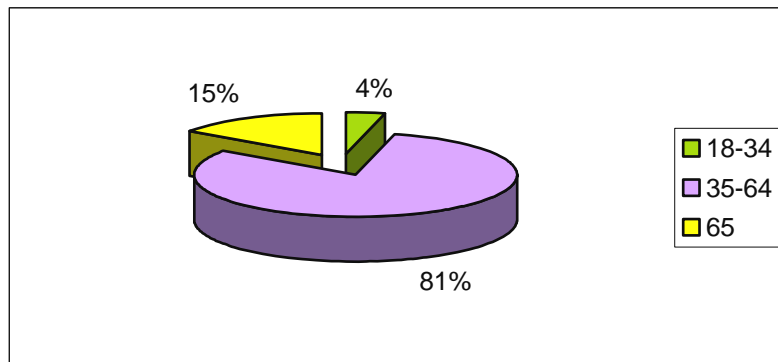
4.5. PLAN DE TABULACION.

A través del análisis de las variables del instrumento aplicado, se cuantificó el grado actual de modificación , control o eliminación de los factores de riesgo cardiovascular, los que estaban presentes al momento de la hospitalización .los resultados se ilustraron, gráficos de distribución de frecuencia , gráficos de barras agrupadas, que representaron porcentajes.

Se realizó el análisis de los datos a través del programa EPIINFO 2000 y programa Excel 2000 .

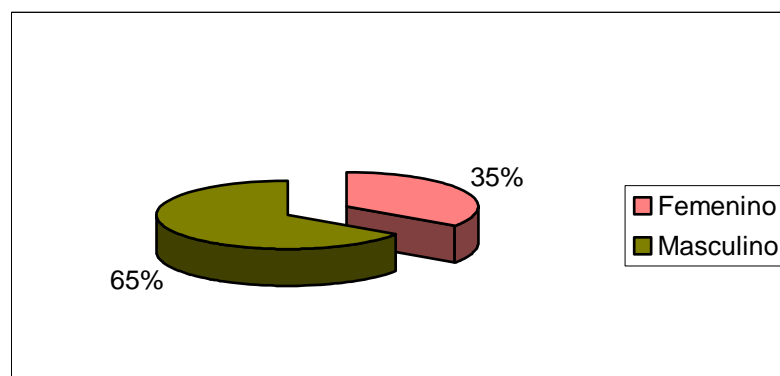
5. Resultados

Gráfico N° 1 : Distribución porcentual de la población según edad.



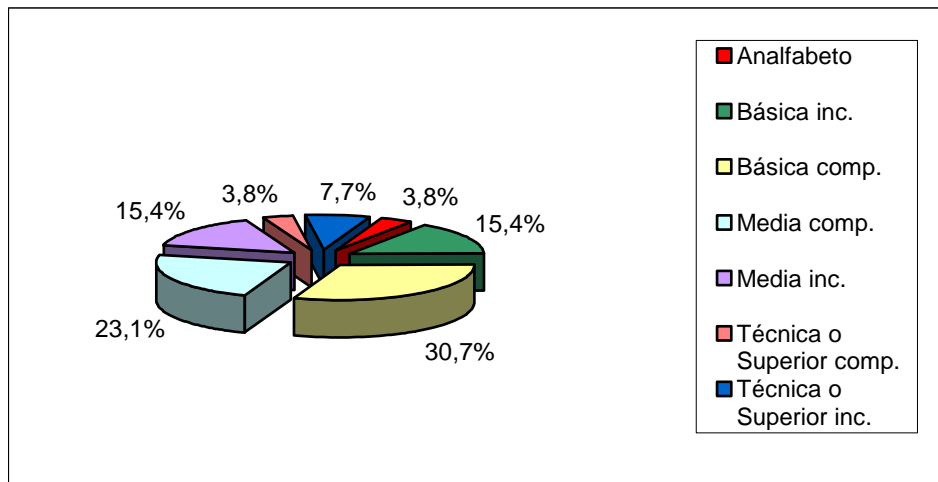
El gráfico muestra que el mayor número de personas que han sufrido de cardiopatía isquémica son un 81 % adultos medios, lo que nos indica que en su mayoría son personas en etapa económicamente productiva

Gráfico N° 2 : Distribución porcentual de la población según sexo.



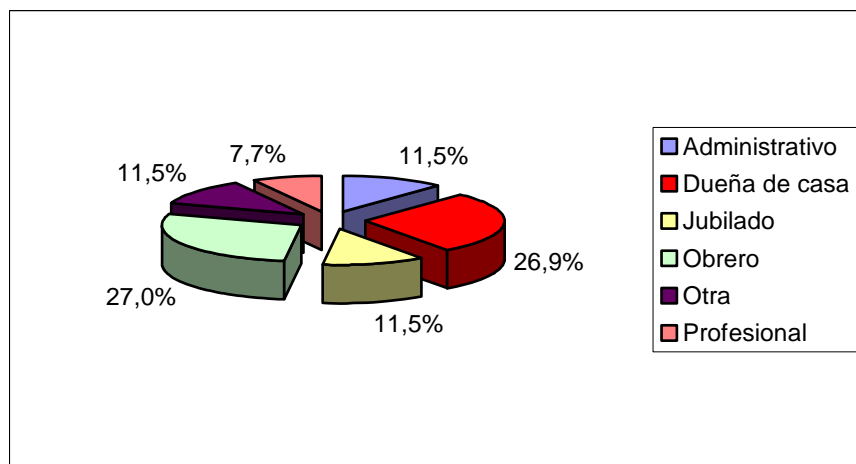
En este gráfico se muestra que la población que ha sufrido cardiopatías isquémicas sigue siendo preferentemente varones, pero con un porcentaje considerable de mujeres, las que aparentemente están en aumento.

Gráfico N° 3 : Distribución porcentual de la población según escolaridad .



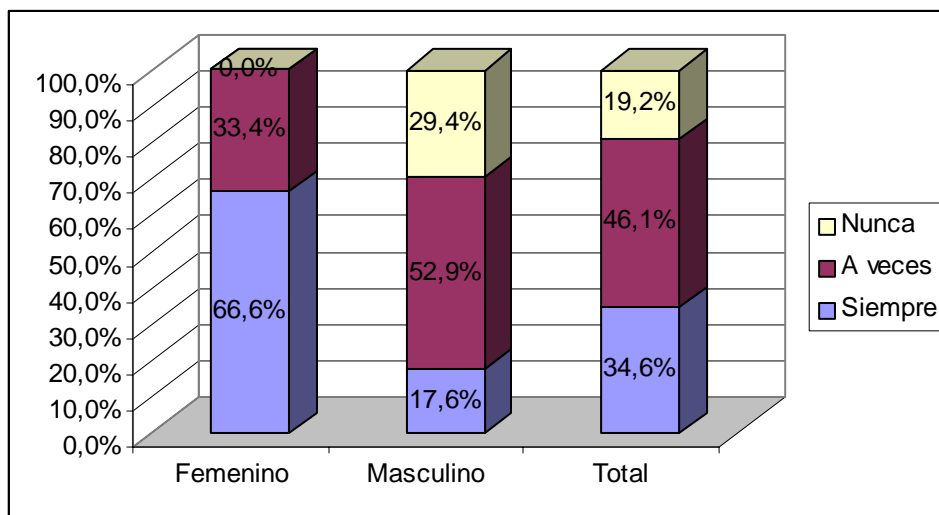
Aquí podemos ver que la población cuenta con un número importante de personas con baja escolaridad, lo que es relevante al momento de educar en salud.

Gráfico N° 4 : Distribución porcentual de la población según ocupación.



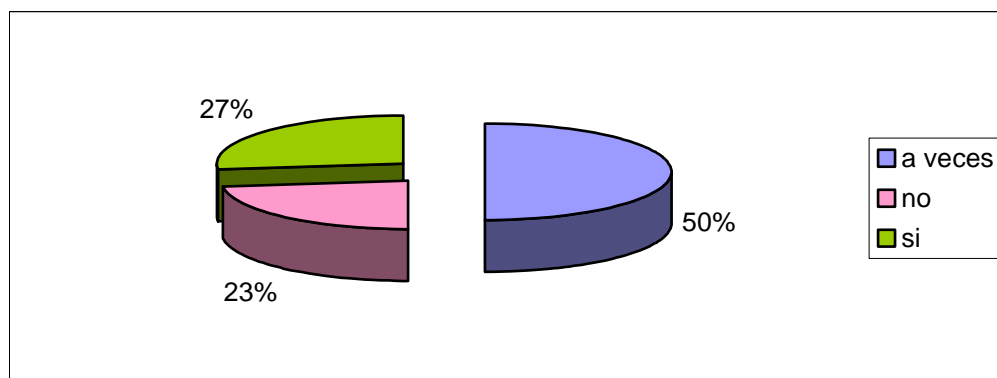
De aquí podemos concluir que la mayor parte de las mujeres son dueñas de casa, y que más del 60 % de la población eran trabajadores activos al momento de sufrir el episodio de cardiopatía isquémica.

Gráfico N° 5 : Distribución porcentual de la población según sexo y presencia de signos de estrés.



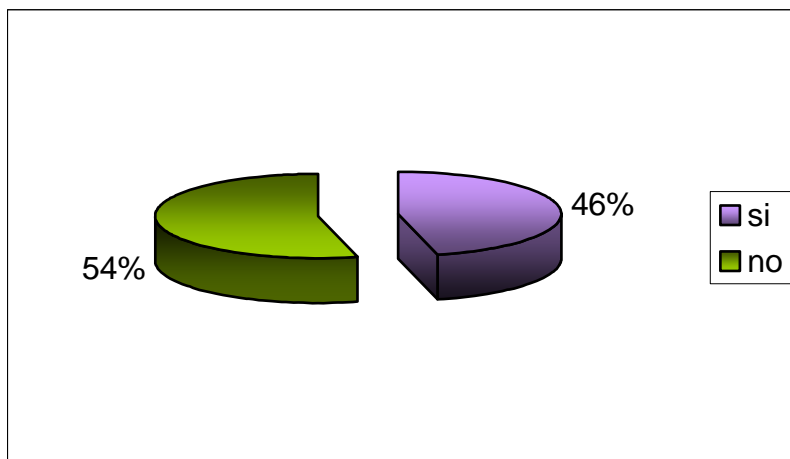
Aquí se muestra claramente que las mujeres que sufren de signos de estrés siempre son dos de cada tres mujeres, en cambio en los hombres no alcanzan a ser dos de cada 10, por lo que existe una gran diferencia entre ambos sexos.

Gráfico N° 6 : Distribución porcentual de la población según realización de actividad física



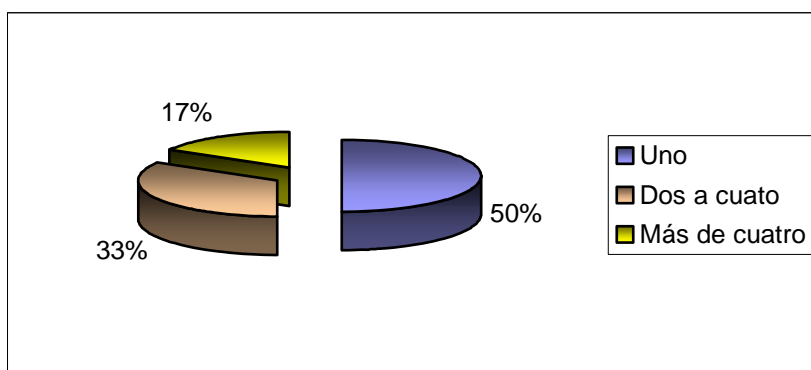
Éste gráfico nos muestra que más del 70 % de la población no está realizando una actividad física permanente que los aleje del sedentarismo.

Gráfico N° 7: Distribución porcentual de la población según consumo de alcohol.



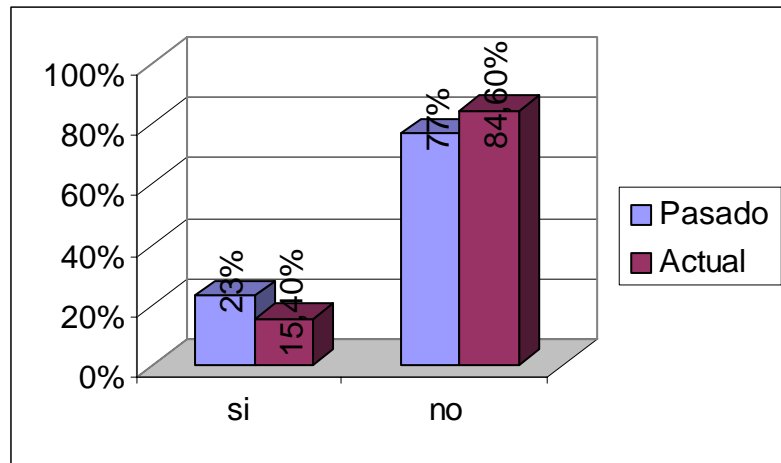
El gráfico nos muestra que más del 45% de la población consume alcohol en alguna ocasión.

Gráfico N° 8 : Distribución porcentual de la población consumidora de alcohol según promedio de tragos por ocasión de consumo.



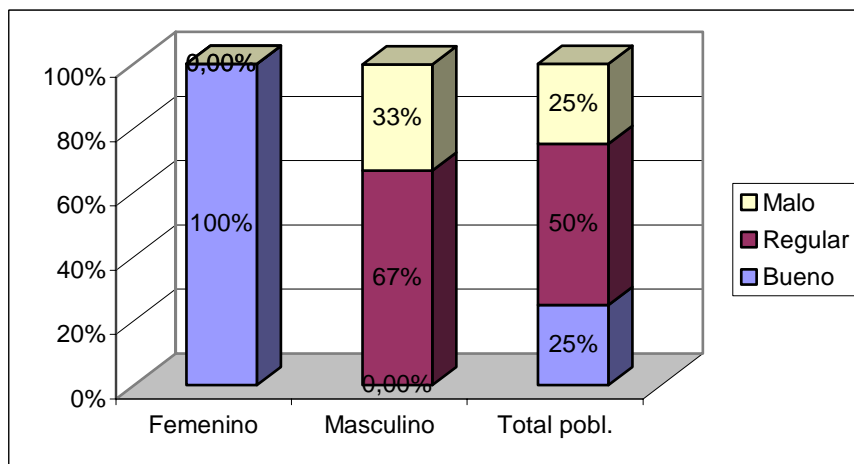
De un total de 12 personas que consumen alcohol , se destaca que el 50% de ellos tiene un promedio de tragos superior a uno por ocasión de consumo.

Gráfico N° 9 : Distribución porcentual de la población según consumo de tabaco en el pasado y la actualidad.



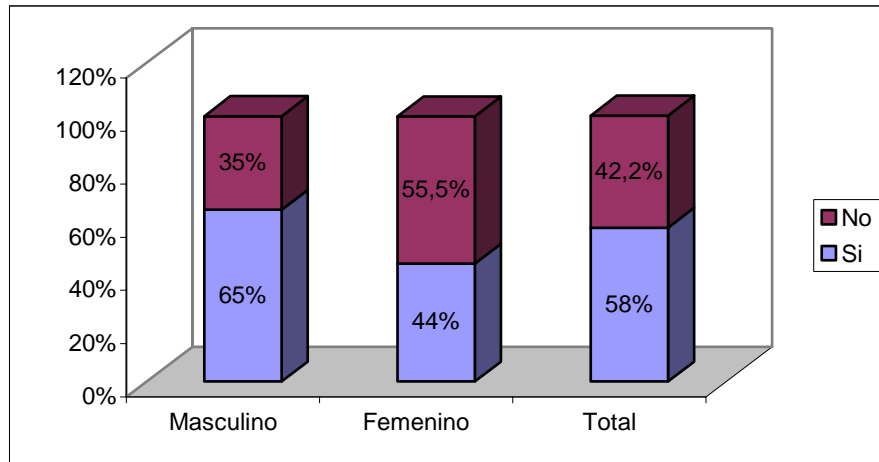
Podemos ver el consumo de tabaco de la población en estudio antes de sufrir de una cardiopatía isquémica , que corresponde al 23% y que aún después de ésta , siguen consumiendo un 15.4% .

Gráfico N° 10 : Distribución porcentual de la población actualmente fumadora según sexo y percepción de los efectos del tabaco en ellos.



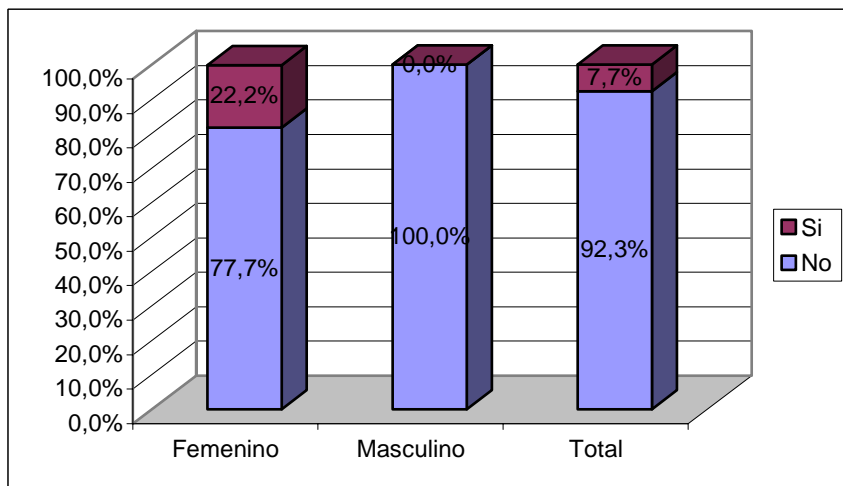
Del total de cuatro personas; tres hombres y una mujer que actualmente siguen fumando solo el 25 % de ellas, cree que el efecto del tabaco es malo para su organismo. Es importante aclarar que la única mujer que sigue fumando considera que el efecto del tabaco es bueno para su salud.

Gráfico N° 11 :Distribución porcentual de la población según sexo y colesterol alto.



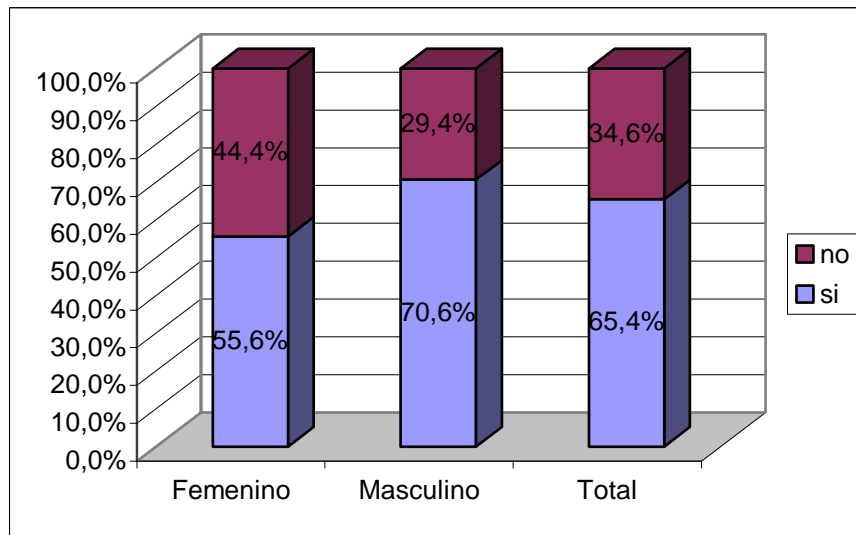
Aquí se muestra que más del 50 % de la población sufre de colesterol alto siendo los hombres .

Gráfico N° 12 : Distribución porcentual de la población según sexo y Diabetes Mellitus



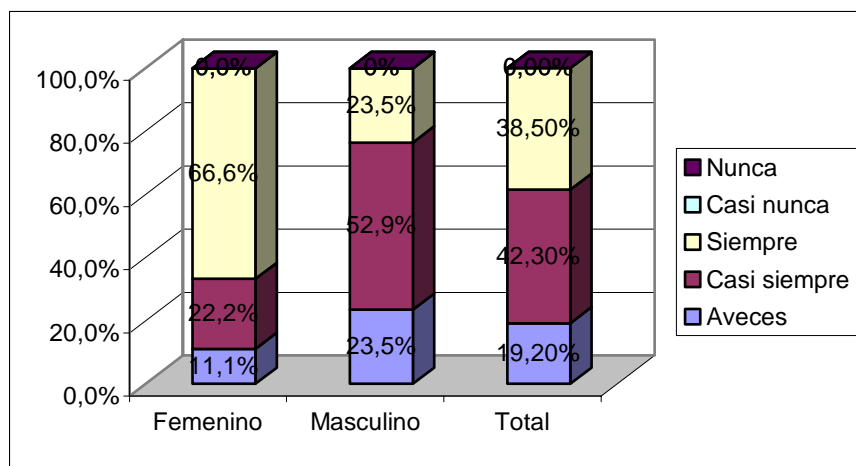
Este gráfico muestra que cerca del 8 % de la población padece de Diabetes Mellitus de los cuales el 100 % son mujeres.

Gráfico N° 13 : Distribución porcentual de la población según sexo e Hipertensión Arterial.



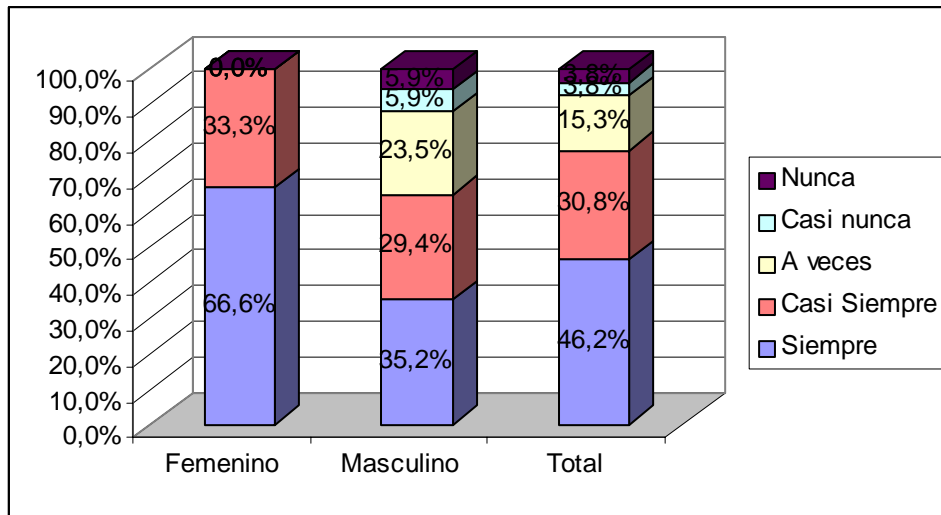
Los hombres tienen Presión Arterial alta en mayor proporción, siendo alarmantemente alta para ambos sexos.

Gráfico N° 14 : Distribución porcentual de la población según búsqueda de ayuda médica cuando es necesario.



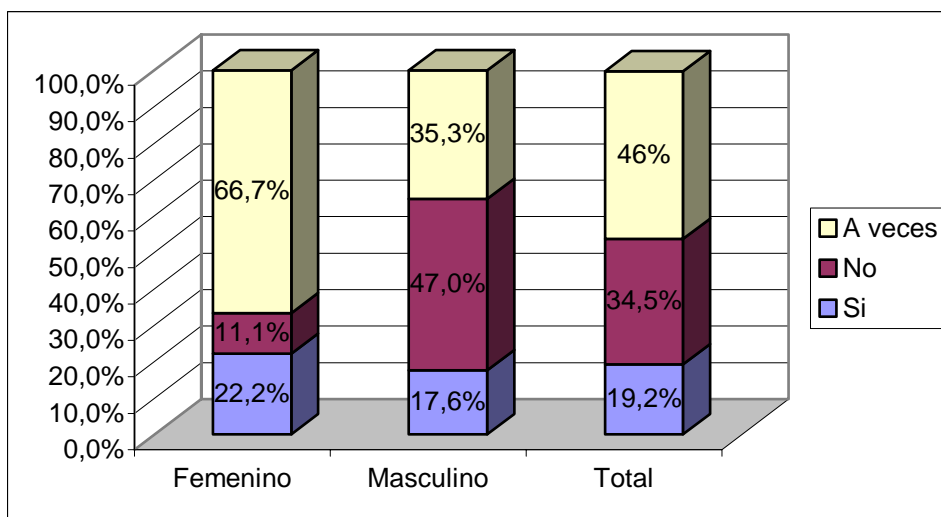
Todas las personas buscan algún tipo de ayuda médica cuando se sienten indispuestas, y solo el 19,2 % lo hace a veces, no hubieron personas que contestaran nunca o casi nunca.

Gráfico N° 15: Distribución porcentual de la población según sexo y asistencia a controles médicos.



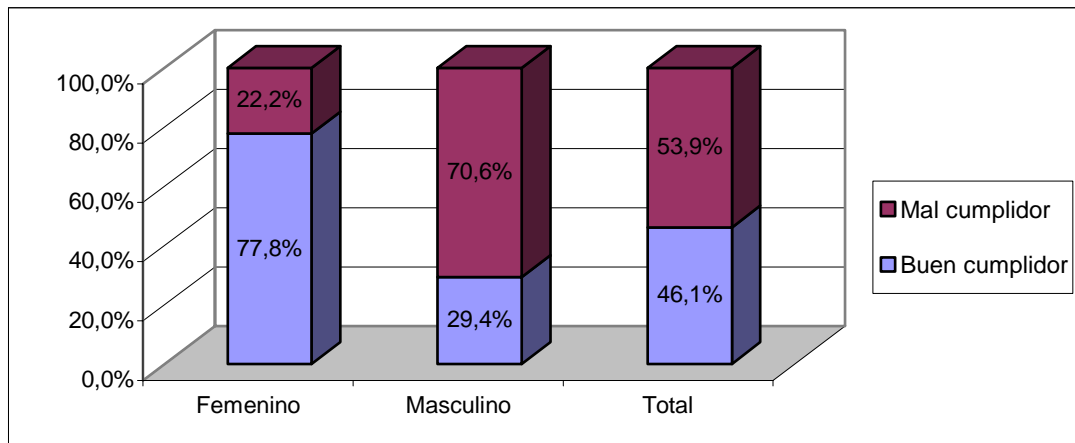
Este gráfico muestra que cerca al 50 % de la población siempre asiste a sus controles según la fecha programada, sin existir diferencia según sexo y casi un 4 % que casi nunca asiste a controles. En general los hombres asisten menos a controles que las mujeres.

Gráfico N° 16 : Distribución porcentual de la población según sexo cumplimiento de la dieta.



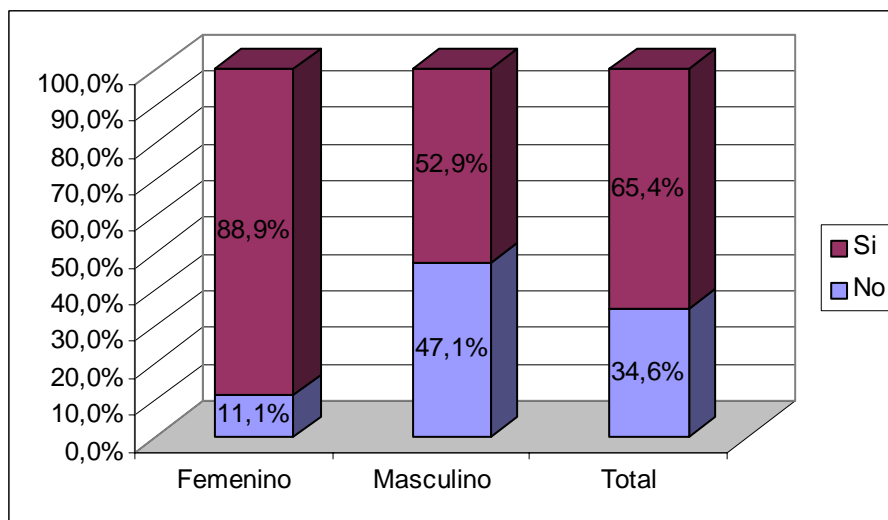
Solo el 19.2 % de la población cumple correctamente con la dieta, y cabe destacar que la mayor parte de la población que no cumple con la dieta son hombres.

Gráfico N° 17 : Distribución porcentual de la población según sexo y cumplimiento terapéutico.



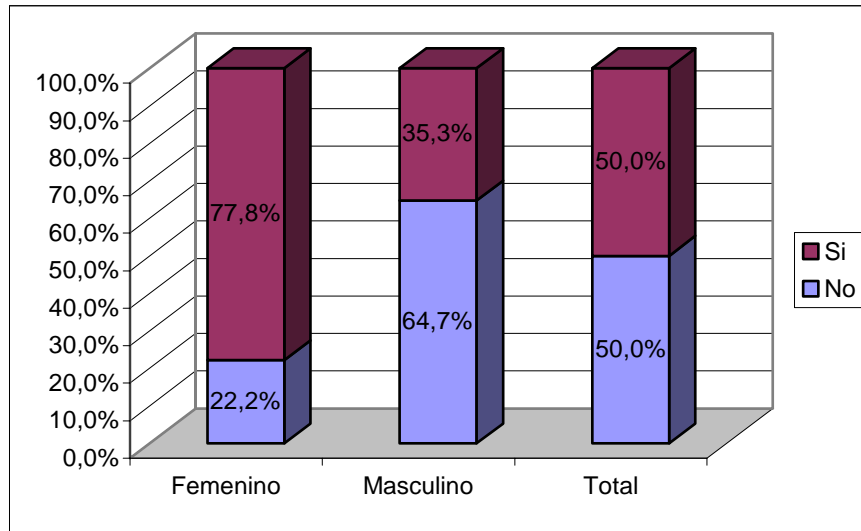
Más del 50 % de la población esta catalogada como mal cumplidor del tratamiento, siendo su mayoría varones.

Gráfico N° 18 : Distribución porcentual de la población según sexo y percepción de importancia de la patología isquémica.



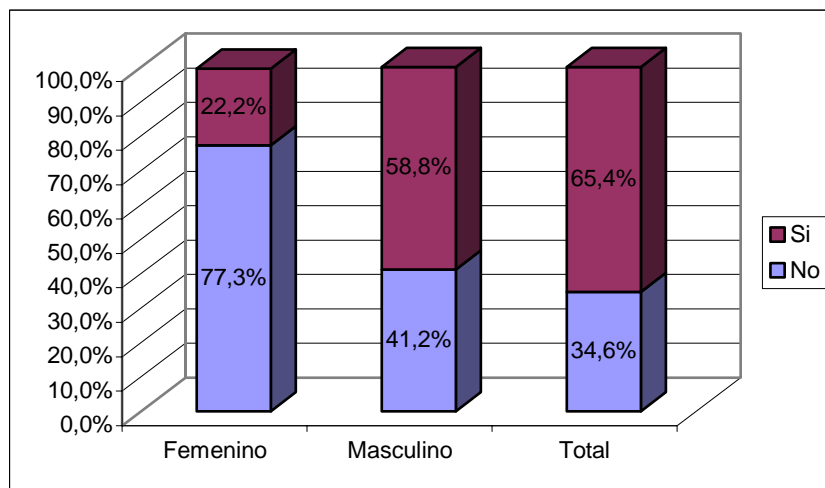
Dentro de la población casi un 35 % de ella cree que el episodio isquémico sufrido no fue grave, es decir , no tiene mayor importancia para su vida, especialmente en los hombres.

Gráfico N° 19 : Distribución porcentual de la población según sexo y su percepción de susceptibilidad o riesgo de complicación.



Las mujeres tienen una percepción de riesgo que equivale a 8 de cada 10, la que es mucho mayor que los hombres, solo 3 de cada 10 de ellos la tienen.

Gráfico N° 20 :Distribución porcentual de la población según sexo y percepción de Costos-Beneficios de el cambiar las conductas perjudiciales para su recuperación.



Se puede observar que los hombres duplican a las mujeres en la percepción que los costos de cambiar conductas son mucho mayores que los beneficios que estos acarrear.

6. Discusión

La población total de pacientes fue menor a lo esperado ya que un gran número de las personas hospitalizadas en el Servicio de Medicina Adulto del Hospital Base Regional Valdivia correspondían a pacientes del área y además hubo un porcentaje de valdivianos que no fue posible localizar, por lo que quedaron excluidos del estudio.

Cabe destacar que dentro de las dificultades para realizar el estudio, estuvieron los registros incompletos de los pacientes hospitalizados con que cuenta el Servicio de Medicina, ya que se cuenta con el nombre y solo el diagnóstico de ingreso, el diagnóstico de egreso no queda registrado, además en muchos casos no estaba el número de ficha ni la dirección del paciente.

Otra dificultad que se presentó fue la posibilidad de acceder a las fichas de los pacientes, ya que el hospital tiene nuevas políticas que impedían prestar fichas para estudios por el poco personal específico para realizarla tarea de selección y almacenamiento de éstas (fichas). Luego de innumerables trámites burocráticos y una larga espera fue posible acceder a la información necesaria para iniciar el estudio.

Estos datos quizás no sean de importancia para el servicio pero son fundamentales para realizar cualquier trabajo de investigación, por lo que esto demoró y dificultó en parte el poder encontrar la población seleccionada para el estudio.

Los pacientes fueron visitados en su domicilio, transcurridos un mínimo de dos meses y un máximo de un año posterior al alta del Servicio de Medicina Adulto del Hospital Regional Valdivia.

El 65 % de la población en estudio eran hombres lo que nos muestra una pequeña diferencia con estudios realizados como “La Percepción del Paciente con Cardiopatía Isquémica a los dos años del primer evento coronario” en España ya que el número de varones allí es mayor que en Chile y corresponde aproximadamente al 74 % de la población.

La ciudad de Valdivia muestra un número considerable de mujeres dueñas de casa y mayores de 45 años, que han sufrido alguna cardiopatía isquémica corresponden a más del 90 % de la población femenina y esto se puede atribuir a que están sometidas a grados de estrés constantes, preocupaciones por la familia el hogar, etc. el sedentarismo y además que no cuentan con el factor hormonal protector, por la edad que tienen.

Las enfermedades isquémicas están afectando cada vez a más temprana edad, especialmente en países desarrollados y en vías de desarrollo, lo que también se refleja en este estudio ya que existe un número de adultos jóvenes que han sufrido de estas enfermedades, los cuales llevan un estilo de vida poco saludable y con altos niveles de estrés, pero aun priman los adultos medios que corresponden a un 81 % de la población.

Es de suma importancia destacar que un 15 % de la población solo tiene escolaridad básica incompleta y un 4 % es analfabeta. Esto nos muestra una realidad muchas veces inesperada para un país en vías de desarrollo. Se explica debido a que este porcentaje corresponde a mujeres, mayores de 60 años que debían hacerse cargo de las tareas del hogar y cuidar de su familia desde muy temprana edad, no teniendo la opción de asistir al colegio.

Esto se puede ver relacionado directamente con la capacidad de autocuidado de los pacientes ya que cuentan con menos herramientas y capacidades para hacerlo de forma adecuada, se puede ver afectada la comprensión o internalización de conductas que favorezcan una adecuada recuperación del paciente

La baja escolaridad como a su vez que las ocupaciones sean mayoritariamente dueñas de casa 27 % y obreros 27 % estaría estrechamente relacionado a un estrato social medio-bajo, que corresponde en su mayoría a la población que es atendida en el Hospital Clínico Regional Valdivia.

En relación a los factores de riesgo modificables, solo un 27 % de la población realiza algún tipo de actividad física regular, esto se puede deber principalmente a la falta de tiempo e importancia que se le entrega a esta actividad. Además cabe destacar que en el estudio CARMEN realizado en Valparaíso en 1997 solo un 15,4 % de la población realizaba actividad física regular.

Con un adecuado programa de rehabilitación los factores de riesgo modificables deberían desaparecer al largo plazo, pero en el estudio realizado, a medida que más tiempo había pasado posterior al alta más factores de riesgo modificables se encontraban presentes.

En el estudio se consideró la presencia de signos de estrés en los pacientes luego de sufrir el episodio isquémico y se encontró que el 34 % de ellos siempre los presentaba, siendo mucho más frecuente en la población femenina que son dueñas de casa, ellas refirieron que su gran preocupación es la familia y que son ellas las que deben resolver las problemáticas del hogar, muchas veces olvidando su propio bienestar.

De la población se obtuvo que el 46 % sigue consumiendo alcohol en algunas ocasiones, y que del porcentaje que lo hace el 50 % solo consume un trago por ocasión . Es preocupante que más del 15 % de ellos consume más de cuatro tragos por ocasión lo que los lleva a una embriaguez segura. Lo que nos muestra la importancia del consumo de alcohol en nuestra sociedad y además de la aceptación que éste tiene, especialmente en las reuniones sociales como de igual forma lo tiene el consumo de tabaco.

En el estudio español antes mencionado el 51 % de su población son consumidores habituales de alcohol, lo que nos muestra un estrecho margen en relación a la población valdiviana.

Actualmente de la población estudiada el consumo de tabaco bajo de 23 % a un 15.4 %, es importante destacar que los pacientes actualmente fumadores disminuyeron el consumo al salir del hospital, pero actualmente consumen el mismo numero de cigarrillos que antes de la hospitalización. Llama la atención que un 25 % de los fumadores considere que el tabaco es bueno para su organismo, argumentando que tranquiliza. Se ve una diferencia con el estudio español ya que fumadores habituales eran al comienzo un 35 % y luego de dos años solo alcanzaban un 8 %, lo que claramente se puede explicar por el rol de Enfermería que guía a este grupo de personas hacia un autocuidado eficaz, promoviendo actividades educativas que modifican y mejoran actitudes de la vida diaria, además existe mayor adhesión a los programas gracias al seguimiento y actividades constantes por largos periodos de tiempo.

Dentro de los factores de riesgo controlables padecen de Colesterol Alto más del 50 % de la población , varones 2 de cada 3 y mujeres solo 2 de cada 5, esto podría deberse al consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, ya sea por gusto, desconocimiento, o falta de recursos económicos para poder tener una alimentación saludable, cabe destacar que este porcentaje es similar al de otros estudios realizados en Chile.

La Diabetes Mellitus esta presente en un porcentaje bajo ,pero se considera de importancia destacar que el 100 % de estos casos son mujeres correspondiente a la categoría adulto mayor, lo que condiciona riesgos de repetir un episodio isquémico.

La Hipertensión Arterial es el factor de riesgo controlable más frecuente en esta patología y al momento de ser controlada en la visita domiciliaría más del 65 % de la población tenia rangos de presión arterial alta. Se puede destacar que estas visitas fueron sin previo aviso por lo que los pacientes no pudieron prepararse antes del control para así normalizar sus niveles de presión, como es conocido por los profesionales de enfermería que algunos pacientes suelen hacer.

Dentro del autocuidado encontramos que los pacientes no son buenos cumplidores de indicaciones, ya sea tratamiento terapéutico asistencia a controles (especialmente a consultorio, por control de presión arterial) , esto se puede deber a olvido ya que en su

mayoría son adultos medios, mayores de 55 años, Bajo nivel socio-económico y además baja escolaridad. Dentro de todo es notoriamente más difícil de cumplir según el estudio, la dieta, los pacientes refieren que generalmente esto ocurre cuando no hay apoyo y/o colaboración por parte de la familia. Estos resultados son similares a los del estudio en pacientes con cardiopatías isquémicas de España ya mencionada, en él se destacó que los pacientes tenían la percepción de que lo más difícil de cumplir era en primer lugar la dieta y en segundo lugar dejar de fumar.

El comportamiento de autocuidado es mucho peor en los hombres que en las mujeres de este estudio.

No se puede obviar que las personas tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y hacer cosas que son en su beneficio propio, es por esto que el profesional de Enfermería por medio de uno de sus roles como es la educación puede lograr incentivar los comportamientos de autocuidado logrando que el paciente asuma la responsabilidad de decidir y actuar por su cuidado, lo que debe mantener y mejorar con el paso del tiempo.

Dentro de el estudio se incluyeron como factores de riesgo algunas percepciones de los pacientes, de las que se puede destacar que solo un poco más del 65 % de la población cree que la patología sufrida fue algo grave, donde 9 de cada 10 mujeres lo creen así y solo la mitad de los hombres están de acuerdo, además la mitad de la población cree que no tiene riesgo de enfermarse nuevamente por la misma causa, y hasta el momento más del 65 % cree que el cambiar y mantener ciertos estilos de vida le ha traído más costos que beneficios, lo que deja ver que los pacientes no toman real conciencia de la gravedad de sufrir una cardiopatía isquémica, ni de las consecuencias que pueden sufrir, como lo es la muerte.

Para que los pacientes logren comprender la magnitud del daño y puedan mejorar las conductas de riesgo es necesario que el profesional de Enfermería valore sus necesidades individuales de aprendizaje y se adapte a cada uno de ellos ya que son seres independientes. El aprendizaje debe comenzar en la estancia hospitalaria y ser progresivo y continuo en el tiempo para lograr motivar a la persona afectada a tomar conciencia de los peligros de su enfermedad.

Lo ideal en estos casos es realizar seguimiento de estos pacientes por periodos de tiempo que sean necesarios para comprobar si los cambios se logran o no

7. Conclusiones

Según los resultados obtenidos del presente estudio se puede concluir lo siguiente:

La población afectada es cada vez más joven, y en su mayoría son varones económicamente activos por lo que el periodo de rehabilitación de esta patología no solo afecta a la persona en un aspecto biosicosocial, incluida su familia sino que también se ve afectada la economía del país.

Por ello es de suma importancia implementar programas de rehabilitación completos que abarquen estos temas además del control de factores de riesgo que son perjudiciales para la evolución de la enfermedad coronaria.

Es importante destacar que la mayor parte de la población analizada son obreros o dueñas de casa, con lo que se llega a la conclusión de que pertenecen en su mayoría a clase socioeconómica media-baja.

La escolaridad de los pacientes es mayoritariamente baja, existiendo un número considerable de analfabetos, lo que en su mayoría se ve en el sexo femenino clasificadas como adultas mayores quienes en su momento no tuvieron la opción o debieron dejar los estudios para dedicarse a labores domésticas, esta puede ser una causa importante, en el logro de una adecuada rehabilitación ya que esto se ve reflejado en el cumplimiento o entendimiento correcto de indicaciones ya sean médicas o de del profesional de enfermería, es sabido que los pacientes prefieren callar para no parecer ignorantes y muchas veces se quedan con las dudas, especialmente de indicaciones dadas al momento del alta, ello estaría dando cuenta de una necesidad de aprendizaje por parte de los pacientes que no son satisfechas adecuadamente por el equipo de salud.

Los factores de riesgo son diferentes según el sexo de la población estudiada. Los factores de riesgo modificables que debían ser eliminados con el paso del tiempo, aun se encuentran presentes casi la mitad de la población, los signos de estrés y el sedentarismo se asocian más frecuentemente a las mujeres, y en los varones se encuentran asociado el tabaco y alcohol, destacándose que un cuarto de la población fumadora no considere como perjudicial el consumo de tabaco, el consumo de alcohol se ve escudado con las reuniones sociales, y es preocupante que exista un porcentaje de la población lo haga en forma exagerada.

Los factores de riesgo modificables se deben intervenir ya que existe una gran relación costo beneficio sobre los factores de riesgo controlables y además sobre la calidad de vida.

En cuanto a Colesterol alto e Hipertensión Arterial las cifras son similares a otros estudios nacionales, destacándose un porcentaje bajo lo esperado de Diabetes Mellitus que se encontró solo en la población femenina.

Para tener control sobre los factores de riesgo es necesario cumplir o realizar ciertas acciones que implican autocuidado, encontrando en la población estudiada una gran dificultad para esto. Lo más problemático es la dieta saludable debido a que es muy difícil modificar la conducta alimentaria ya que en ella influyen factores familiares, económicos, sociales, y culturales.

Además también se destacó la poca adhesión al tratamiento luego de aplicar el test de Morisky-Green que en su inicio fue creado para ver el cumplimiento terapéutico de los Hipertensos, consta de cuatro sencillas preguntas, además se usó la técnica del cumplimiento auto comunicado, para obtener resultados válidos en la entrevista fue necesario que las preguntas no generen sentimientos de culpa y que las respuestas sean aceptadas socialmente. (www.seh-lilha.or).

Es muy importante las percepciones o creencias de los pacientes con respecto a la cardiopatía isquémica que sufrieron ya que es claro que éstas están directamente relacionadas con los cambios positivos en el estilo de vida que deben adoptar.

Es indispensable que las personas en su totalidad reconozcan la importancia del episodio sufrido, los riesgos a futuro y además sepan que los beneficios de realizar algunos cambios en su estilo de vida serán mayores que los costos, el no tener una real conciencia de estos factores como es el caso de la mayoría de esta población se refleja en la falta de autocuidado, y mal control de algunos factores, además de la existencia aún de factores modificables, que deberían haber sido eliminados.

El corregir los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica significa un cambio brusco en el estilo de vida, la enfermedad muchas veces obliga a reajustes importantes en el núcleo familiar como en la persona que sufrió del episodio isquémico, por lo que el rol de educador del profesional de Enfermería se torna muy importante, ya que debe lograr que el paciente cambie determinados hábitos y los mantenga durante su vida.

El paciente debe reconocer en el profesional de Enfermería el apoyo necesario para conseguir, modificar y mantener los cambios de estilo de vida.

Proyecciones del trabajo para enfermería y la salud de la población

La población Chilena tiene como primera causa de muerte las patologías cardiovasculares, encabezadas por el infarto agudo al miocardio.

Es importante destacar que esta patología afecta a la persona; física, psicológica, sociolaboral, y sexualmente. Resultando preocupante que población cada vez mas joven este presentando esta problemática.

Por lo que es de suma importancia implementar programas de rehabilitación cardiaca completos que abarquen estos temas además del control de factores de riesgo que son perjudiciales para la evolución de la enfermedad coronaria.

La cuantificación de los factores de riesgo en una población de adultos jóvenes y mayores adquiere especial relevancia, porque permite identificar su vulnerabilidad y contribuye a focalizar las estrategias de prevención al constituir un grupo más susceptible de cambiar conductas y establecer hábitos de vida más saludable que permitan retrasar o minimizar la aparición de enfermedades crónicas en años posteriores

Este estudio puede ser una posible base para crear programas de atención de enfermería centrados en rehabilitación y seguimiento de estos pacientes, lo que es posible ya que la profesión de enfermería cuenta con innumerables teorías y modelos que pueden ser usadas para esta causa y así demostrar la importancia de ésta profesión en los programas de rehabilitación .

Como profesionales de enfermería podemos motivar a la población para que maneje los factores de riesgo de las patologías cardiacas y lograr impulsar a las personas a asumir un compromiso con su autocuidado responsable y permanente en el tiempo, por medio de relaciones directas y de confianza con el paciente.

También es importante destacar la importancia que tiene hoy en día la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la rehabilitación en todas las áreas de la salud.

Pero como la rehabilitación cardiovascular es un tema relativamente nuevo en nuestro país es fundamental que como enfermeras justifiquemos nuestra presencia para su desarrollo y no como hasta ahora se dice que estamos contempladas dentro del equipo multidisciplinario ideal y no indispensable dentro de la rehabilitación cardiovascular.

Es por esto que la enfermería , como profesión, en este nuevo milenio, debe demostrar que esta preparada para dar respuesta a las demandas que se generan y para afrontar los cambios que se vayan produciendo en las necesidades de salud de la población, de manera que pueda ofrecer soluciones a dichas necesidades y pueda prestar un servicio útil y eficaz a la sociedad.

8. BIBLIOGRAFIA

- Brunner,L y Suddarth, D. 1998.” Enfermería medicoquirúrgica “.Octava edición. México McGraw-Hill Interamericana. 648-649,655,659,664-668. p.
- Cabrera G, y col. 2001 Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Facultad Nal Salud PublicaNº 19. 91-101.p.
- Carpenito. 1998. “ Diagnósticos de enfermería : Aplicación a la practica clínica”. Quinta edición. Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 387-388, 1251 -1260.p.
- Cazorla M. 2004. “La percepción del paciente con cardiopatía isquémica a los dos años del primer evento coronario”. Enfermería en Cardiología. Nº 31. 30-35 p.
- Fishbein,Martín. 1975. “Belief, attitude, intention and behavior.Massachussets. Addison-Wesley.5-25, 38.p.
- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. 2001. Estadísticas de natalidad y mortalidad. Departamento de Estadísticas e información de salud. Santiago. Impresión Jemba S.A. 149, 170. p
- Grif Alpspach, JoAnn. 2000. “Cuidados intensivos de enfermería en el adulto”.EN: Lessing, Lindsay. Aparato cardiovascular. Quinta edición .México . McGraw-Hill. Interamericana. 211-239.p.
- Martínez G, Esneda .1990. “Atención primaria de salud: Valoración del estado de salud”.Primera edición .Colombia: Editorial Guadalupe Ltda..47 –72. p.
- Orem, Dorotea. 1993. Modelo de Orem : Conceptos de Enfermería en la practica. Barcelona. Masson-Salvat.
- Rojas Villegas, Francisco. 2000. ” Enfermedades del Corazón y de los vasos “. Tercera edición. Editorial mediterránea: 607 - 611 p.

Referencia electrónica:

Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Capítulo IV, Evaluación clínica del paciente hipertensos. Dr. José Alcázar, Dra. Nieves Martel . Madrid , 24 de febrero del 2005.

Disponible en: <http://www.seh-lelha.org> .

Visitada el 10/10/04

JADUE H, Liliana, VEGA M, Jeanette, ESCOBAR S, María Cristina *et al.* Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles).

Rev. méd. Chile. [online]. ago. 1999, vol.127, no.8], p.1004-1013.

Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo>.

Visitada el 02/10/2004.

Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. Available online 5 March 2002.

Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science?>.

Visitada el 01/10/04.

SOCIEDADESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA . Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria
Reunión del grupo de trabajo de rehabilitación cardíaca. *Barcelona, 21 de Abril de 1995.*

Disponible en :

http://www.secpyr.org/grupos_trabajo/grupo_prevenccion_secundaria.

Visitada el 12 /08/04.

9. ANEXOS

ANEXO N° 1 :

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO: “PERMANENCIA DE ALGUNOS FACTORES QUE DIFICULTAN LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON CARDIOPATIAS ISQUEMICAS JUNIO 2003-JUNIO 2004.”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realizara la Srta. Carolina Ríos, Tesista de Enfermería de la Universidad Austral de Chile con el objetivo de Analizar algunos factores controlables, modificables y no modificables de riesgo cardiovascular que dificultan la rehabilitación en pacientes con enfermedades isquémicas

- Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en “responder una encuesta-
- Yo entiendo que esto no implica riesgos de salud para mí, ni mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.
- Los posibles beneficios serán “--obtener mejor información para mí y mi familia
- He podido hacer las preguntas que he querido acerca de las razones de este estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.
- Los resultados de este estudio son confidenciales y pueden ser publicados.

YO _____

Nombre

Apellidos

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio

Dirección _____

Calle/Avenida

N°

Ciudad

Teléfono: _____

Firma: _____

Fecha

--	--	--	--	--	--

Persona con que se conversó el consentimiento.

Nombre _____

Nombre

Apellidos

Profesión: _____ Fecha

DIA	MES	ANO			

Firma: _____

ANEXO N° 2

**Instrumento: Encuesta dirigida a pacientes con cardiopatía isquémica .
Marque con una X o conteste brevemente según corresponda**

ITEM 1: Antecedentes personales

1.-Su edad está entre:

- 18-34 años
- 35-64 años
- 65 años y más

2.-Sexo:

- Femenino
- Masculino

3.-Escolaridad :

- Analfabeto
- Básica incompleta
- Básica completa
- Media incompleta
- Media completa
- Técnica o superior incompleta
- Técnica o superior completa

4.-Ocupación actual:

- Obrero
- Dueña de casa
- Jubilado
- Administrativo
- Profesional
- Otra

ITEM 2: factores de riesgo modificables

5.- ¿Realiza actividad física diaria (camina, sube escaleras, trabajo domestico, o similares)

SI NO AVECES

6.- Realizo actividad deportivas 20 minutos por lo menos 3 veces por semana:

SI NO AVECES

7.- Duermo y descanso bien diariamente :

SIEMPRE
 AVECES
 NUNCA

8.- Soy capaz de manejar mi vida diaria y sus dificultades:

SIEMPRE
 AVECES
 NUNCA

9.- Estoy siempre ocupado, y no me preocupo de mi .

SIEMPRE
 AVECES
 NUNCA

10.- Siento miedo en ocasiones , sin una razón aparente

SIEMPRE
 AVECES
 NUNCA

11.- Fuma o fumaba:

SI NO

12.- Número de cigarrillos actualmente ____ diarios, número de años ____

Número de cigarrillos anteriormente ____ diarios , número de años ____

13.-El efecto del tabaco sobre su organismo (cuerpo) es :

- BUENO
- REGULAR
- MALO

14.- Consume alcohol:

- SI
- NO

Si la respuesta anterior es positiva.

15.-Bebe solo en ocasiones especiales:

- SI
- NO
- AVECES

16.-Mi numero promedio de tragos es:

- Uno
- Dos a cuatro
- Mas de cuatro

ITEM 3: Factores de riesgo controlables

17.- Padece hipertensión : ___ SI ___ NO

18.- Padece diabetes : ___ SI ___ NO

19.- Padece Colesterol alto: ___ SI ___ NO

ITEM 4: Conductas de autocuidado:

20.-Asiste a controles, según fecha fijada:

- ___ SIEMPRE
- ___ AVECES
- ___ CASI SIEMPRE
- ___ CASI NUNCA
- ___NUNCA

21.- busca ayuda si la necesita

- ___ SIEMPRE
- ___ AVECES
- ___ CASI SIEMPRE
- ___ CASI NUNCA
- ___NUNCA

22.-Evaluación del cumplimiento terapéutico

CUMPLIMIENTO AUTOCOMUNICADO

Los pacientes, por una u otra razón, tienen a menudo dificultades para tomar sus comprimidos o realizar los consejos dietéticos todos los días
¿Se olvida usted alguna vez de tomar sus comprimidos, o realizar la dieta, o ambas?

TEST DE MORISKY-GREEN

- 1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para la presión? Sí o no.
- 2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí o no.
- 3.- Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación? Sí o no.
- 4.- ¿Si alguna vez le sientan mal los medicamentos deja de tomarlos? Sí o no.

ALIMENTACION SALUDABLE	SI	NO
Come al menos 2 porciones de verduras todos los días		
Come al menos 2 frutas al día		
Come legumbres al menos 1 vez por semana		
Consume al menos 2 tazas de leche (descremada) o sus equivalentes		
Come menos de 4 huevos por semana		
Come pescado al menos 1 vez por semana		
Come pollo o pavo al menos una vez por semana		
Consume alimentos con poca sal		
En su casa se cocina con aceite vegetal		
Evita exceso de azúcar o alimentos azucarados		
No ha consumido alimentos prohibidos (en indicación) durante la semana		

ITEM 5 Percepciones del paciente

1.-Si esto no es grave , no hago nada para cuidarme:

SI NO

2.-Mi vida es igual que antes de la hospitalización , (Continuo practicando conductas que puedo eliminar):

SI NO

3.-El beneficio de cambiar mi estilo de vida es mayor que los problemas que esto me trae

SI NO