

REHABILITACIÓN CARDÍACA. ¿CÓMO MANTENER LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES?

Autores

Cazorla Roca M*, Galán Fernández S**, Corcoy Rigola R***, Carrau Vidal E****, Gusi Tragant G*****, Martínez Rubio A*****.

Resumen

Introducción: Los programas de rehabilitación cada vez se aplican a un mayor número de patologías cardíacas, necesitando adaptarse a las características de la enfermedad y del paciente. Existe algo común en estos pacientes, la dificultad para mantener la adherencia al cambio de estilo de vida.

Objetivo: Evaluamos el mantenimiento de los cambios en el estilo de vida y factores de riesgo modificables de pacientes incluidos en nuestro programa a largo plazo.

Metodología: Pacientes con cardiopatía isquémica, post recambio valvular, post by pass aortocoronario seleccionados en la consulta de enfermería de cardiología hospitalaria. A los tres meses, fueron derivados con el alta de enfermería a su Centro de Atención Primaria (CAP) repitiéndose la evaluación al año.

Resultados: 110 pacientes con una edad media de 65 años, hipertensos un 89%, diabéticos un 26%, dislipémicos 81%, con sobrepeso el 45%, fumadores un 29%. Los Hipertensos pasaron del 23% a los tres meses al 24% al año, cumplían la dieta el 78%. Los diabéticos pasaron de una hemoglobina glucosilada de 6.7 a 5.8, mantenían la dieta el 79%. Dislipémicos del 81% al 58%, dieta el 85% igual anterior. Sobrepeso del 45% al 38%, realizaban bien la dieta el 49% ahora el 56%. El 90% habían dejado de fumar desde el ingreso, actualmente no fuman el 88%. Ejercicio físico del 85% al 90%. Trabajan el 24% y están jubilados el 60%. Han recuperado sus actividades cotidianas un 82% y siguen visitas de enfermería el 79%.

Conclusiones: Los pacientes modificaron total o parcialmente los factores de riesgo, manteniendo la adherencia al cambio. El alta de enfermería es un instrumento a potenciar. Sirve de enlace entre el paciente y los profesionales de la salud.

Palabras claves: enfermería, seguimiento, prevención secundaria, cardiopatía valvular, cardiopatía isquémica.

CARDIAC REHABILITATION. HOW TO MAINTAIN CHANGES IN LIFESTYLE IN OUR PATIENTS.

Abstract

Introduction: Rehabilitation programs are being applied more and more to a greater number of cardiac pathologies. Although they need to be adapted to the characteristics of the illness and patient, there exists something in common amongst these patients; the difficulty to stick to the changes in lifestyle.

Objective: To evaluate the long-term maintenance of the changes to lifestyle and modifiable risk factors of patients included in our program.

Method: Patients with ischaemic cardiopathy, post valve change and post coronary aortic by-pass. Selected at hospital cardiology infirmary. After three months they were discharged and referred to their GP at their local health centre. Repeat check-up after one year.

Results: 110 patients, average age 65, high blood pressure 89%, diabetic 26%, dyslipemics 81%, overweight 45%, smokers 29%. High blood pressure: after three months 23% after one year 24%, 78% followed diet. Diabetics: glycosylated haemoglobin 6.7 to 5.8, 79% followed diet. Dyslipemics: 81% down to 58%, 85% followed diet (same as before). Overweight: 45% to 38%, 49% followed diet, now up to 56%. 90% had given up smoking on admittance to hospital; at present 88% don't smoke. Physical exercise went from 85% to 90%. 24% work. 60% retired. 82% have recovered their daily activities. 79% continue appointments at infirmary.

* Diplomada en enfermería. Gabinete de Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí.

** Diplomada en enfermería. Gabinete de Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí.

*** Gestora asistencial de enfermería. Corporació Sanitària Parc Taulí.

**** Coordinación atención ambulatoria. Corporació Sanitària Parc Taulí.

***** Adjunto de Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí.

***** Jefe de Unidad de Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí.

Servicio de Cardiología. Hospital de Sabadell (Barcelona).

Conclusions: The patients modified risk factors totally or partially, sticking to change. Discharge from infirmary is an instrument to be potentialised. It works as a link between the patient and health care professionals.

Key Words: Nursing, following, secondary prevention, valvular cardiopathy, ischemic cardiopathy.

Enferm Cardiol. 2004; Año XI: (32-33):58-61

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados. En 1995, en España constituía el 38% de todas las causas de muerte. (1,2)

La actuación multidisciplinaria que implica la rehabilitación cardíaca y la prevención secundaria en pacientes cardiopatas, origina unos enormes beneficios claramente demostrados tanto a nivel físico como psicológico, con disminución de la morbimortalidad, mejora la calidad de vida, mayor retorno laboral y beneficios económicos.

A los seis meses de seguimiento y en los nueve países que se incluyeron en el estudio EURASPIRE, la prevalencia de los factores de riesgo permaneció muy elevada.

Existen diferencias en la forma en que cada persona recibe, elabora y pone en práctica una determinada información. Por lo tanto, los programas de educación para la salud deben estar preparados para ofrecer una variedad de métodos y estrategias de aprendizaje para optimizar las probabilidades de conseguir los resultados educativos y de comportamiento deseados 3,4. La mejoría en la calidad de vida y en el pronóstico, conseguida con los programas de rehabilitación cardíaca, justifican sobradamente su puesta en práctica. (5,6,7)

En España la unidad de rehabilitación cardíaca del hospital Ramón y Cajal de Madrid, ha demostrado recientemente que el ahorro obtenido en cada paciente sometido a rehabilitación puede ser de 1638 euros/año. (8)

Los programas de rehabilitación cardíaca cada vez se aplican a mayor número de patologías cardíacas, necesitando adaptarse a las características de la enfermedad y del paciente; pero existe algo común en estos pacientes, la dificultad para mantener la adherencia al cambio de estilo de vida. Los profesionales de la salud debemos contemplar este aspecto, buscando estrategias que ayuden a mantener las modificaciones en el comportamiento. Al programa de prevención secundaria de nuestro hospital, añadimos un seguimiento a largo plazo de los pacientes.

Objetivo

El objetivo fue evaluar el mantenimiento a largo plazo, de los cambios en el estilo de vida y factores de riesgo modificables de pacientes incluidos en nuestro programa de prevención secundaria.

Metodología

Pacientes con cardiopatía isquémica, post-recambio

valvular, post-by pass Aortocoronario, seleccionados en la consulta de enfermería de cardiología hospitalaria, menores de 85 años, sin alteración sensorio-perceptiva. Se inició el programa educativo dando información relacionada con su enfermedad y recomendaciones de prevención secundaria al alta hospitalaria. Se continuó el seguimiento en el área ambulatoria del hospital durante tres meses con una media de tres/cuatro visitas y alta de enfermería a su centro de atención primaria. Los pacientes fueron evaluados al alta del área ambulatoria del hospital, aproximadamente a los tres meses del evento y al año mediante entrevista en la consulta de enfermería.

La evaluación comprendió:

- Datos sociodemográficos: Edad, sexo, ocupación, nivel de educación, lugar de residencia, convivencia familiar.
- Datos clínicos y epidemiológicos: Motivo de ingreso, factores de riesgo cardiovascular (incluyendo estilos de vida), peso, talla, tensión arterial, perfil lipídico, hemoglobina glucosilada en el caso de pacientes diabéticos, mortalidad, diagnósticos, actividad física, actividad sociolaboral, tratamiento.

Programa de prevención secundaria: El programa comprende la información al paciente de su enfermedad, la justificación del tratamiento y la enseñanza de habilidades para modificar los factores de riesgo y mantener la adherencia de las nuevas actitudes tomadas (pautas individuales de ejercicio físico).

Este programa se inició en la unidad de hospitalización de forma grupal y se continuó en el ámbito ambulatorio individualmente.

El proceso de los datos se realizó mediante el programa informático Excel.

Resultados

El programa incluye 110 pacientes, con una edad media de 65 años, varones el 71%, mujeres el 29%. Con cardiopatía isquémica el 15%, by pass aortocoronario el 55%, recambios valvulares 30%. hipertensos 89%, diabéticos 26%, dislipémicos 81%, sobrepeso 45% y fumadores un 29%. Al año se reevaluaron los pacientes. Los hipertensos pasaron del 23% a los tres meses al 24% al año y cumplían la dieta el 78%. Diabéticos: hemoglobina glicosilada del 6.7 al 5.8, mantenían la dieta el 79%. Dislipémicos del 81% al 58% al año, a los tres meses no disponíamos de analítica, ya que esta se realizó posteriormente, la dieta se realizaba correctamente en un 85% manteniéndose así al año. El sobrepeso pasó del 45% al 38%, realizaban bien la dieta el 49% y al año el 56%. En la segunda evaluación les costaba cumplir el

tratamiento para la dislipemia al 12%. El 90% había dejado de fumar desde el ingreso, actualmente no fuma el 88%. Ejercicio físico del 85% al 90%. Trabajan el 24% y están jubilados el 60%. Han recuperado sus actividades cotidianas un 82% y siguen visitas de Enfermería un 79%.

Discusión

El 71% de la muestra eran hombres. La mayoría de los pacientes estaban casados, el 70% identificó como cuidador principal a su pareja y el 30% restante, a sus hijos. Esto pone de manifiesto la necesidad de incluir sistemáticamente al familiar, en el proceso educativo. También es cierto que esto resulta algunas veces difícil, debido a la creciente actividad laboral de las mujeres. En relación al tratamiento para dislipemias el 12% tuvo problemas con el cumplimiento de la medicación, pues tenían la percepción de que les producía algún efecto adverso.

Solo un 34% de la muestra eran trabajadores activos, actualmente trabajan el 24%, siendo estos resultados similares a otros estudios realizados en España. (9,10)

El sobrepeso ha sido el factor de riesgo más difícil de modificar. Los pacientes seguían la dieta pautada, pero no la cantidad de las raciones.

Otra explicación sería que en la muestra hay un número importante de post operados, los cuales suelen ganar peso con facilidad al encontrarse mejor después de la intervención. Ya F. Pérez comenta en su artículo sobre la dieta mediterránea, que la dieta no es un fenómeno antropológico aislado, forma parte de la cultura y las costumbres del individuo. Tendremos que profundizar más en este tema para encontrar estrategias que puedan ayudar a realizar una dieta equilibrada. (11)

El paciente ha encontrado en las consultas de prevención secundaria el apoyo necesario para conseguir, modificar y mantener el cambio de estilo de vida. El 88% al año siguen visitas de enfermería en su centro de salud estando satisfechos, debido a este buen resultado, creemos que se debe potenciar el alta de enfermería, que además nos sirve de interrelación con los profesionales de otros niveles asistenciales.

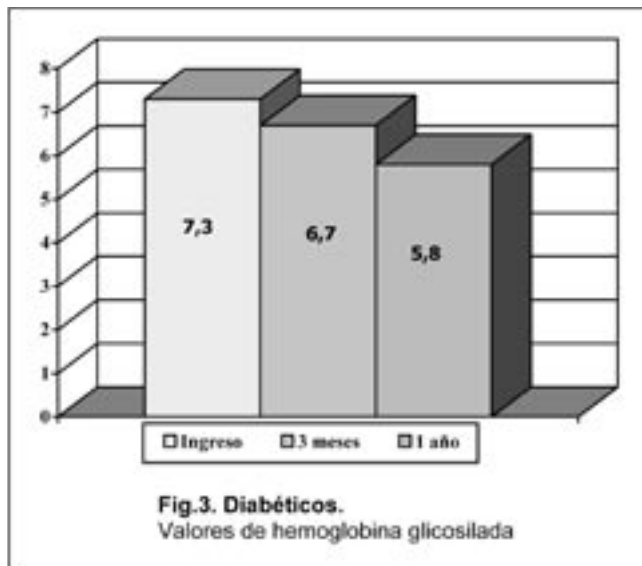
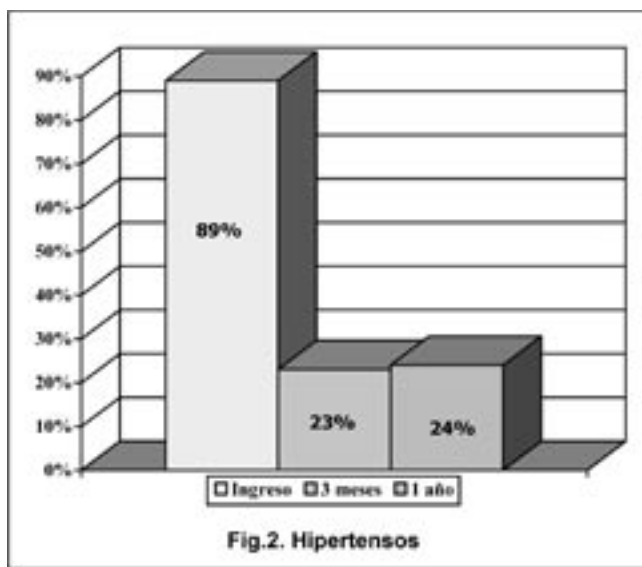
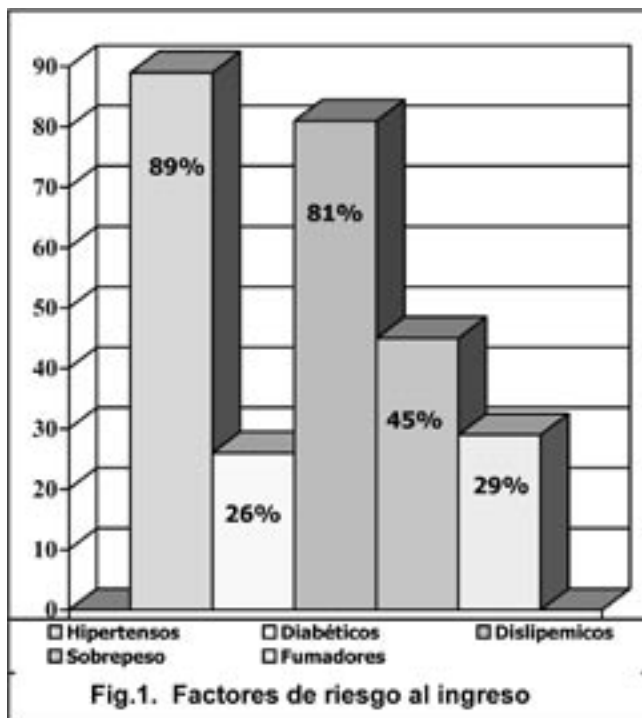
Conclusiones

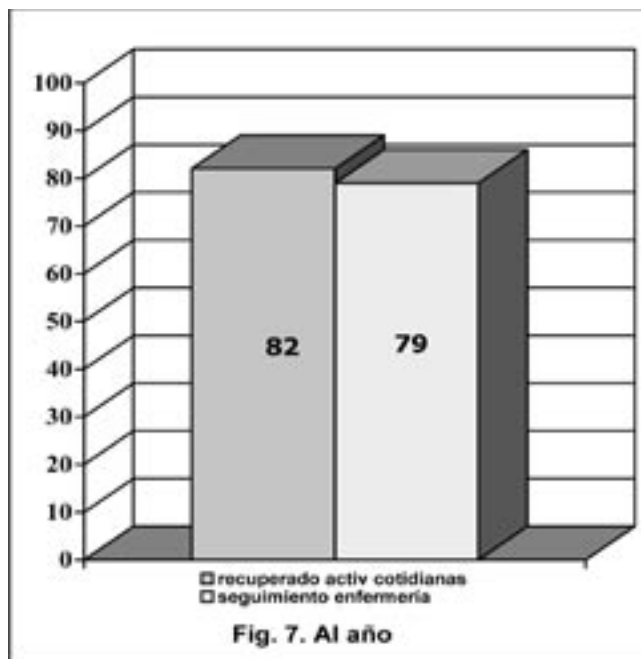
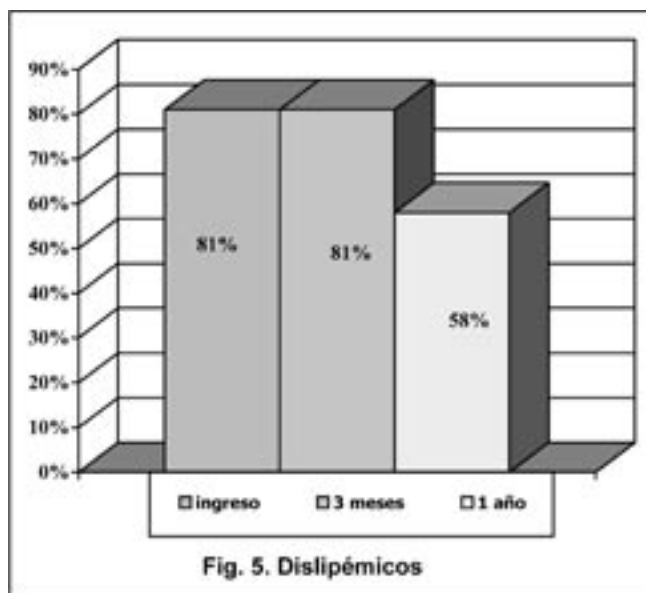
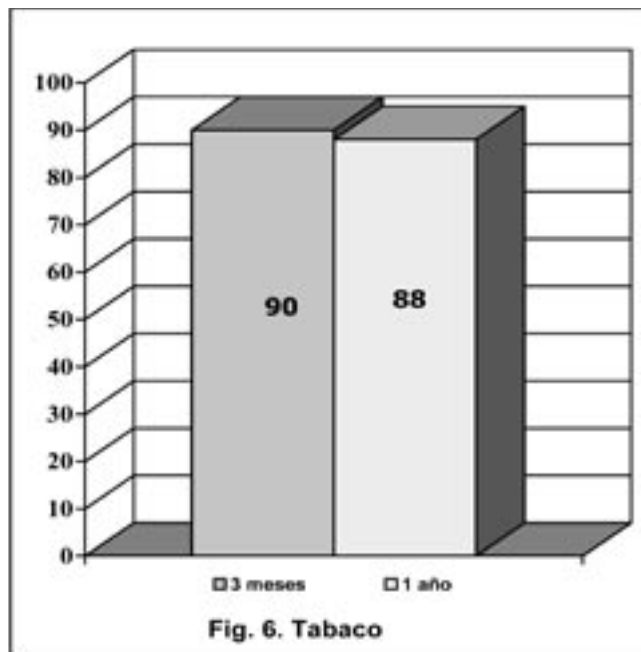
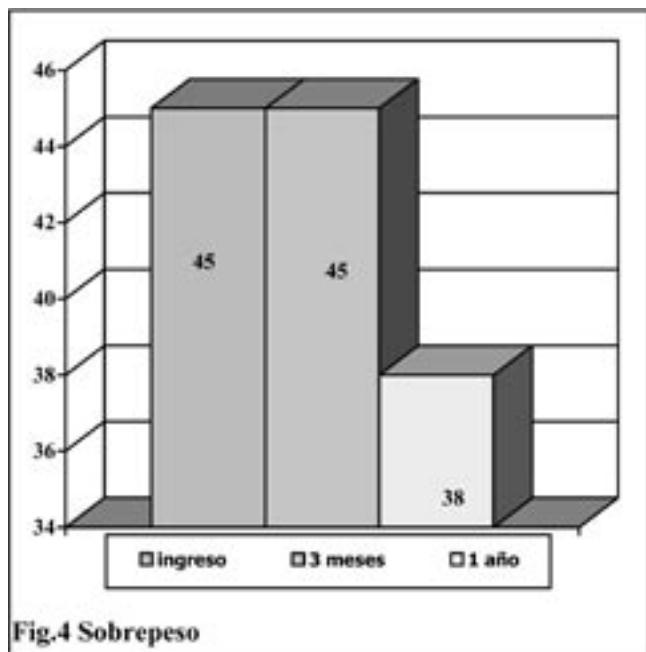
El seguimiento por parte de enfermería, ha demostrado, que ayuda a mantener el cambio de estilo de vida realizado por los pacientes, modificando total o parcialmente los factores de riesgo.

El sobrepeso ha sido el factor de riesgo más difícil de modificar, las dietas se suelen cumplir, no la cantidad de las raciones.

Deberemos buscar estrategias para afrontar y prevenir el sobrepeso y la obesidad.

El alta de enfermería es un instrumento a potenciar. Sirve de enlace entre el paciente y los profesionales de la salud.





Dirección correspondencia

Montserrat Cazoria Roca
 Plaza de Cataluña nº 9, 8º-4 Sabadell 08206 Barcelona. Tel.: 937 458 313.
 Correo electrónico: mcazorla@cspt.es

Referencias Bibliográficas

- Espinosa JS, Bravo JC. "Rehabilitación Cardíaca y primaria". Rehabilitación cardíaca, evolución histórica y estado actual. Sosa Ved: Panamericana, 2000
- Ferreira J. Cardiología preventiva: Qué se ha conseguido y qué nos depara. Ed: Edika Med, 1999
- Chan V. Content areas for cardiac teaching: Patients perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. J Adv Nurs. 1990 oct. 15(10): 1139-45.
- O'Neill M. Le Modification des comportements reliés a la santé. Évue de la littérature. Union Med. Canadá 1980. 109:733-742.
- Maroto JM, de Pablo, Morales MD, Artigao R. Rehabilitación cardíaca. Análisis de coste-efectividad. Rev Esp Cardiol 1996; 49: 753-758.
- Campbell J. "How necessary is cardiac rehabilitation? Assessment of post myocardial infarction patients receiving limited rehabilitation". Prof. Nurse. feb 1993; 8(5):279-83
- Saner H, Saner B, Staubli R. Initial results with a comprehensive ambulatory rehabilitation program for heart patients. Schweiz Med Wochenschr. nov.1994; 124 (46): 2075-82.
- De Pablo C, Maroto JM, Artigao R, Morales MD et al. Reincorporación laboral tras infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol. 1992, 45(sup I):99
- De Pablo C, Vaticón C, Palacios M, Morales M, Artigao R, Maroto JM. Vuelta al trabajo y rehabilitación cardíaca: estado actual. Rev Esp Cardiol.1996; 49(sup 3):93.
- Sobrino JA, Merino JL, Maté I, García J, Rico J et al. Retorno al trabajo después de la revascularización coronaria. Rev Esp Cardiol. 1995; 48: 183-186
- Pérez F, Garcés G, López M, Otero O. La dieta mediterránea como modelo nutricional para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Cardiología preventiva. Madrid: Doyma; Cap. 15.
- Followed-up at a nursing consult. Aten Primaria. 1996 jul-ago 18: 3 123-.
- Marín D, González J. Programa TAB-APS Intervención en tabaquismo en el Centro de salud. Rev ROL Enf. 1998 (234).