

LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA A LOS DOS AÑOS DEL PRIMER EVENTO CORONARIO

Autores:

Cazorla M * / Ortigosa L * / Isla P*** / Vivas E ****/ Gil D/ Gómez MJ*****/ Roig C*****/ Merino O*****/Junca C *****/

Resumen

En diversos estudios, se ha comprobado que la información no es suficiente para conseguir un cambio de comportamiento. Es necesario conocer que percepción tiene el paciente acerca de su enfermedad, y que barreras prevé para el cambio de comportamiento.

Objetivo Identificar los factores de riesgo que han sido más difíciles de modificar y los cambios de percepción a los dos años primer evento coronario

Material y método Estudio longitudinal-transversal comparativo al alta hospitalaria del primer evento de CI y dos años después. La primera muestra se obtuvo de los pacientes ingresados durante el período de estudio en cuatro hospitales de Cataluña. Los criterios de inclusión fueron: menores de 80 años, sin historia previa de cardiopatía isquémica y sin alteración sensorial, pasándoles un cuestionario de 94 ítems, A los dos años y a los mismos pacientes se les pasó un cuestionario de 54 ítems, descartándose los pacientes que no pudieron localizarse tras realizar tres intentos telefónicos, lo que redujo la muestra a 39 pacientes. Para el análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS versión 10.05.

Resultados 39 pacientes, 29 hombres y 10 mujeres. Edad media de 56,8, El 76% IAM y el 24% angina. Fumaban el 35,6%. siguen fumando más de 20 cig/día el 8%, frente al 67% que han dejado de fumar. El 100% considera que el tabaco es un riesgo. El 27% considero incorrecta su dieta frente al 7% anterior. Alcohol, consumo de riesgo el 32%. 54% HTA. El 71% estaba satisfecho con su estilo de vida, frente al 77% anterior. Realizan ejercicio físico el 93%, en la primera encuesta realizaban ejercicio físico el 78%. El 64% creía que el cambio más difícil era la dieta.

Conclusiones A corto plazo los pacientes se sienten responsables i capaces de autocuidarse, pero a largo plazo, descubren que su comportamiento preventivo y en especial seguir una correcta dieta es difícil mantener. El fin de la educación sanitaria pretende fomentar actitudes y comportamientos saludables e insertarlos en las decisiones cotidianas. Ello no puede conseguirse mediante actividades esporádicas, sino que deben planificarse actividades continuadas, que permitan mantener las nuevas actitudes adquiridas.

Palabras Clave: cardiopatía isquémica, rehabilitación, percepción pacienet, factores de riesgo, enfermería.

Patients (with ischemic cardiopathy) perception after two years since their first coronary episode.

Introduction. Through a variety of studies it has been proven that information is not enough to achieve a change in behaviour. It is necessary to know the perception of their illness the patients have and what barriers they anticipate in order to make the change.

Objective. To identify risk factors which have proven more difficult to modify and the changes of perception two years after the first coronary episode.

Material and methods. Longitudinal-transversal study comparing discharge from hospital after first IC event and two years later. The first sample was obtained from patients in four hospitals in Catalonia during the study period. Criteria for inclusion were patients under 80 years of age with no previous ischemic cardiopathy history and no sensorial alteration. All were given a questionnaire of 94 points. After two years the same patients were located and asked to complete a questionnaire of 54 points. Those patients who could not be located after three attempts to contact them by phone were discarded, thus reducing the number of patients to 39. For data analysis computer program spss version 10.05 was used.

Results. 39 patients, 29 men and 10 women. Average age 56,8. 76% AMI and 24% angina. Of the 35.6%

*Enfermera. Unidad de Cardiología. Corporació sanitària Parc Taulí.

**Enfermera coordinadora de la Unidad de rehabilitación. Corporació Sanitària Parc Taulí

***Enfermera. Licenciada en Enfermería por la Universidad Hogeschool Zeiland. Licenciada en Antropología. Profesora titular de Enfermería comunitaria. EUE.Universidad de Barcelona.

****Enfermera. Unidad de Cardiología. Hospital de Sant Pau

*****Enfermera. Unidad de Cardiología. Hospital de Sant Pau

*****Enfermera. Unidad de Cardiología. Hospital Vall d'Hebron

*****Enfermera supervisora. Unidad de Cardiología. Hospital Vall d'hebron

*****Enfermera. Unidad de Cardiología. Hospital Sant Jordi.

who had smoked, 8% still smoke more than 20 cigarettes a day. 67% have given up smoking. 100% consider tobacco a risk. 27% consider their diet incorrect as opposed to a previous 7%. 32% consider alcohol consumption to be a risk factor. 54% high blood pressure. 71% are satisfied with their lifestyle compared to a previous 77%. 93% did some physical exercise whereas in the first survey it was 78%. 64% believe the most difficult change has been dietary.

Conclusions. On a short-term basis the patients feel responsible enough to be able to look after themselves but in the long term they find their preventive behaviour, especially sticking to a suitable diet, difficult to keep. The aim of health education tries to foment healthy attitudes and behaviour and apply them to every day life. This cannot be achieved through sporadic activities but through the planning of continuous ones that allows maintaining these new acquired attitudes.

Key words: Ischemic cardiopathy, rehabilitation, patient perception, risk factors, nursing.

(Rev Enferm Cardiol 2004; 31:30-35)

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. Dentro de las enfermedades cardiovasculares y de manera global, la cardiopatía isquémica emerge junto a la enfermedad cerebrovascular, par a par, como las causas más frecuentes. En los hombres, la cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte, seguida de la enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca, y en la mujer, el primer lugar lo ocupa la enfermedad cerebrovascular, y le siguen la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca.(1)

La actuación multidisciplinaria que implica la rehabilitación cardíaca y la prevención secundaria en pacientes cardiopatas, en especial en pacientes con cardiopatía isquémica, y en concreto con un infarto de miocardio, origina unos enormes beneficios claramente demostrados tanto a nivel físico como psicológico, con disminución de la morbilidad, mejora la

calidad de vida, mayor retorno laboral y beneficios económicos.

Un sinfín de factores afecta al proceso de aprendizaje, entre ellos, la alfabetización, el acceso a servicios y recursos de los medios de comunicación, una actitud abierta al cambio, las creencias relativas a la salud, las barreras medio ambientales y sociales y el refuerzo social. En consecuencia, la planificación de la educación para la salud debe tener en cuenta no sólo las barreras educativas cómo el analfabetismo, sino también las barreras sociales y económicas.

Existen diferencias en la forma en que cada persona recibe, elabora y pone en práctica una determinada información.

La educación para la salud, favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados con respecto a la salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción de muertes, enfermedades y minusvalías evitables, y mejora la interacción humana y fomenta la autonomía del paciente en el sistema de salud.

El estudio de framingham ha establecido innumerables hitos en la cardiología basada en la evidencia. se han modificado a la baja los valores aceptados de presión arterial, colesterol y glucosa, se ha considerado inaceptable el tabaquismo, se ha fomentado el ejercicio físico y se han revisado los hábitos alimentarios. El empleo de perfiles de riesgo hace posible contemplar la aparición de una cardiopatía coronaria manifiesta como un fallo de la prevención en vez de cómo la primera indicación para el tratamiento.(2)

En cuanto al cumplimiento y aplicación de la evidencia existente en prevención secundaria, se han realizado distintos estudios, en el Reino Unido(ASPIRE), en España (PREVÉ), en Galicia (RIGA), en Francia (PREVENIR) principalmente, además del estudio multinacional europeo(EUROASPIRE), y todos ellos han demostrado un deficiente cumplimiento de las medidas de prevención secundaria.

A los seis meses de seguimiento y en los 9 países que se incluyeron en el estudio EUROASPIRE, la prevalencia de los factores de riesgo permaneció muy elevada.

Los programas de salud son menos efectivos cuando la población diana no percibe que el problema y/o

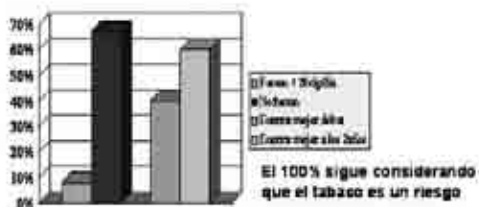


Fig. 1 Percepción / Tabaco

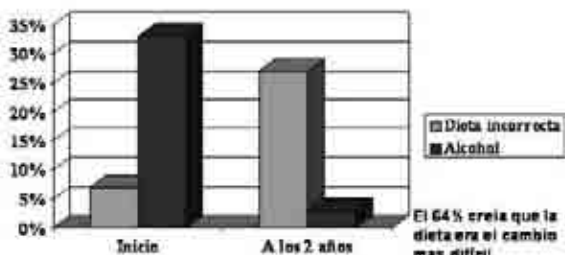
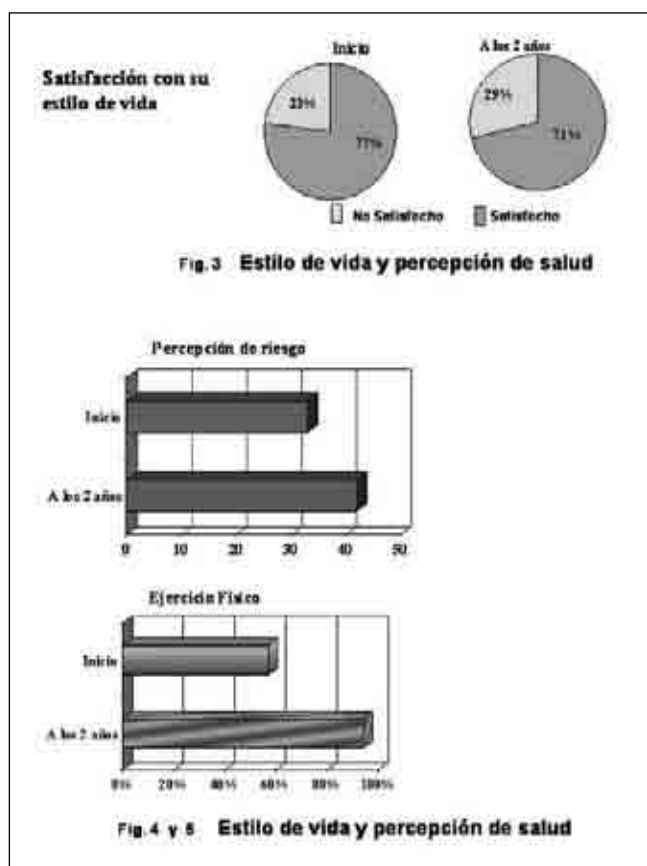


Fig. 2 Alimentación y factores asociados



la solución, en cuestión es importante para ellas; no es de extrañar que los pacientes se nieguen a invertir su valioso tiempo y energías en algo que perciben como intrascendente.

En diversos estudios, se ha comprobado que la información es un elemento imprescindible pero no suficiente para conseguir un cambio de comportamiento. Es preciso recoger continuamente indicadores de la opinión de los individuos para conocer sus puntos de vista, expectativas, resistencias, conocimientos previos, creencias.

Consoli SM (3) enfatiza las actitudes psicológicas de afrontamiento: la negación y la agresividad, asociada no tan solo a las características de la personalidad tipo A, sino a la depresión pos IM. Por ello la autora sugiere la necesidad de buscar estrategias que faciliten la comunicación, técnicas de relajación, relación de ayuda para mejorar la adscripción al tratamiento y control de los factores de riesgo. En el estudio de casos y controles realizado por McKeney y alt. (4) se puso de manifiesto que las mujeres que percibían un alto riesgo de padecer un nuevo infarto tuvieron un riesgo relativo de 4, frente a las que tenían una percepción de riesgo baja. En los hombres la percepción de riesgo alta supuso una probabilidad dos veces mayor que en los que tenían una percepción de riesgo baja.

Argarwal M. Y alt) examinó la relación entre una orientación de vida positiva, definida como la predisposición a centrar la atención de forma selectiva en los aspectos más positivos de cada situación, y la recuperación tras sufrir un IM. Se observó una corre-

lación positiva entre los pacientes con una orientación de vida positiva y recuperación médica percibida y esperada, así como capacidad de control personal y estado de ánimo, una correlación negativa en los pacientes que presentaban incapacidad e indefensión. No influían ni la edad ni el nivel de educación ni el sexo (5).

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 y los cambios sociales necesarios, adaptando las estrategias educativas a los diversos subgrupos de la comunidad de que se trate.(6,7) También existe diversa documentación acerca de la relación entre los comportamientos individuales y el estado de salud de cada persona. (7,8) En la fase aguda de la enfermedad los pacientes se creen capaces de modificar los factores de riesgo, ya que además se ven afectados por la inmediatez del evento, protegidos por la familia y los profesionales de la salud, pero pasado un tiempo se tendrán que enfrentar con la vida cotidiana, el medio laboral, las influencias de los medios de comunicación, el paso del tiempo y experiencias similares cercanas. Todos estos factores favorecerán que el paciente actúe de formas distintas. La finalidad de nuestro trabajo fue conocer que percepción tiene el paciente acerca de su enfermedad, que barreras y obstáculos ve en el cambio de comportamiento, y como será capaz de afrontarlo. Esto nos ayudará a identificar las dificultades que existen para modificar la conducta y mantener los cambios conseguidos, lo que significa un primer paso importante antes de iniciar cualquier intervención educativa. Estamos educando a un paciente crónico y como tal hay una serie de factores de riesgo modificables que para su control es necesario enseñarle a cambiar y una medicación que tendrá que tomar y mantener la adherencia, ya que su enfermedad no es de corta duración, sino que es para toda la vida y por tanto nuestro rol de educadores se basa en enseñar al paciente a cambiar una serie de hábitos, que permanezcan así toda la vida.

En este estudio nos basaremos en las siguientes variables predictivas para la adopción de comportamientos saludables y como se han visto afectadas con el paso del tiempo:

- El grado de vulnerabilidad percibido.
- La percepción que el paciente tenga del problema a prevenir.
- La sensación de autoeficacia para realizar los cambios.
- Los beneficios que ha logrado con el cambio.
- La percepción de barreras y obstáculos para realizar los cambios.

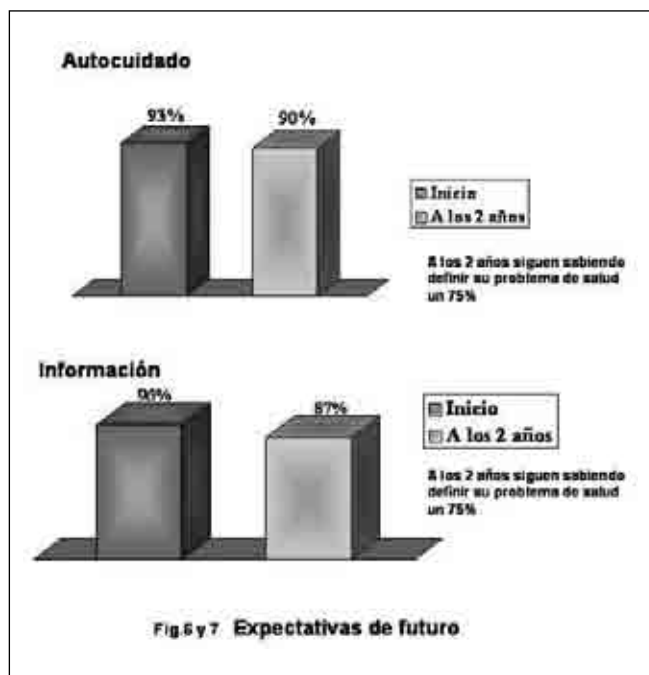


Fig 7 y 7. Expectativas de futuro

Objetivo general

Identificar los factores de riesgo que han sido más difíciles de modificar y los cambios de percepción en relación a las variables predictivas del cambio de comportamiento, en una muestra de 59 pacientes que sufrieron un primer evento de cardiopatía isquémica dos años antes y que ingresaron en cuatro hospitales de Cataluña.

Objetivos específicos:

Comparar los factores de riesgo modificables que presentaban los pacientes en un primer evento de cardiopatía isquémica con los que se mantienen al cabo de dos años del evento.

Material y método

Estudio longitudinal-transversal comparativo al alta hospitalaria del primer evento de CI y dos años después.

La primera muestra se obtuvo de los pacientes ingresados durante el período de estudio en cuatro hospitales de Cataluña. Los criterios de inclusión fueron: menores de 80 años, sin historia previa de cardiopatía isquémica y sin alteración sensorial. A todos ellos se les pasó un cuestionario de 94 ítems, la entrevista era realizada por enfermería, antes del alta hospitalaria. El cuestionario constaba de datos personales y parámetros biológicos que completaba la enfermera y preguntas abiertas y cerradas con escala de diferente gradación que contestaba el paciente.

Al cabo de dos años se localizó a los mismos pacientes y se les pasó un cuestionario de 54 ítems, que respondieron telefónicamente. El segundo cuestionario era una versión reducida del primero. El contacto con los pacientes se realizó a través de la consulta externa o por llamada telefónica al domicilio. Se descartaron los pacientes que no pudieron localizarse tras realizar tres intentos telefónicos, lo que redujo la muestra a 39 pacientes.

Para el análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS versión 10.05.

Resultados

1 - Características sociodemográficas

Se estudiaron 39 pacientes, 29 hombres y 10 mujeres. Edad media de 56,8, El 76% habían padecido IAM y el 24% angina.

Destacar que el 60% de los pacientes se habían reincorporado al trabajo, el 28% eran jubilados, el 2% estaban parados y el 10% tenían la larga enfermedad.

El 93% se consideraron de clase social media.

2 - Consumo de tabaco y percepción de riesgo

En la primera encuesta eran fumadores habituales el 35,6% de los sujetos (44,2% de los hombres y el 12,5% de las mujeres); no habían fumado nunca el 22% (4,7% de los hombres y el 68,8% de las mujeres) y habían dejado de fumar desde hacía seis meses o más el 42,4%. En la actualidad siguen fumando más de 20 cig/día el 8%, frente al 67% que han dejado de fumar. El 100% considera que el tabaco es un riesgo y el 60% duerme mejor desde que dejó de fumar frente al 40% de la primera encuesta.

2.2 Alimentación y factores asociados

El 27% considero incorrecta su dieta frente al 7% anterior.

Al 80% le sigue preocupando el exceso de peso.

Con relación al consumo de alcohol, en la primera encuesta eran abstemios el 47,5%, tenían un consumo moderado el 20,5% y un consumo de riesgo el 32%. Entre los consumidores, el rango fue de 10 a 525 gr/semana. El 86% consideró que no debería reducir el consumo; el 94,1% no se sentía culpable por beber; el 13,5% de los bebedores habituales había tenido la impresión de que debería beber menos; Al 11,8% le había molestado que alguna vez le comentaran que debería beber menos; el 5,9% se sentía culpable por beber y el 1,9% bebía a primera hora de la mañana. En la actualidad son consumidores habituales el 51%. No hay consumidores de riesgo y sólo el 3% ha tenido la impresión que tendría que beber menos frente al 33% anterior.

El 54% siguen algún tratamiento para la HTA, de los cuales el 23% se regula con medicación.

Ahora realizan una alimentación rica en grasas saturadas y colesterol el 71% frente al 65% anterior.

3 - Estilos de vida y percepción de salud

El 71% estaba satisfecho con su estilo de vida, frente al 77% anterior.

Realizan ejercicio físico el 93%. El 64% realizan de 1-7 horas/semana, el 30% más de 7 horas/semana y el 6% no realizan ninguna actividad física. La percepción del paciente sobre como considera su forma física, es buena en un 36%, regular un 56% y mala un 8%. En la primera encuesta sólo realizaban ejercicio físico el 78%.

Respecto al estado de salud en el último año, su

percepción fue buena en un 60%.

En la actualidad consideran que su enfermedad es un peligro para la salud el 42% mientras que en la primera entrevista lo habían valorado así un 33% .

El 64% creía que el cambio más difícil era la dieta.

4 - Expectativas de futuro

Se sienten capaces de autocuidarse el 90%, cuando dos años atrás lo eran el 66% Un 87% perciben que tienen información suficiente para el autocuidado, antes el 96%.

el 75% de los pacientes siguen sabiendo definir su problema de salud.

Discusión

La muestra de pacientes fue inferior a nuestras expectativas, creemos que podría deberse a la coincidencia de que la mayoría de pacientes que ingresaron por CI en los hospitales, eran pacientes con historia previa o con pluripatología, quedando excluidos. Los pacientes menos graves podrían haber sido derivados a centros asistenciales concertados, o ingresados en otras unidades debido a la presión asistencial y la ocupación de camas en la unidad coronaria. También podría deberse al azar ya que el tiempo destinado a la recogida de casos fue limitado.

La edad media de los pacientes estudiados (56,8) es inferior a la registrada en Cataluña. Según el Pla de Salut de Cataluña 1996-98 (15), la edad media de los pacientes diagnosticados de CI era de 62,2 años.

Los factores conductuales de riesgo en los pacientes de la muestra siguen manteniéndose presentes, aunque en menor porcentaje.

Algunos factores siguen sin ser valorados por los enfermos, el 71% sigue estando satisfecho con su estilo de vida.

Un dato relevante es el del tabaquismo, que ha disminuido en un 67% y un 8% de pacientes han disminuido el consumo.

Todos consideran el tabaco, un riesgo para su salud.

En relación con la dieta podemos decir que el 27% percibe que no hace la dieta correctamente, frente al 7% anterior, esto se debería a la mayor información que estos pacientes poseen.

También es interesante añadir que la alimentación es lo más difícil de cambiar puesto que en la conducta alimentaria coinciden muchos factores socioeconómicos y culturales. Los resultados sobre la dieta coinciden con la percepción de dificultad que tenían y siguen teniendo los pacientes para modificarla. reconociendo que el cambio más difícil de modificar fue la dieta.

Para controlar la T.A siguen algún tratamiento médico o dietético el 54%, que antes no seguían por desconocimiento.

Es importante destacar que estos pacientes con HTA lo desconocieran y que el 19% no se había

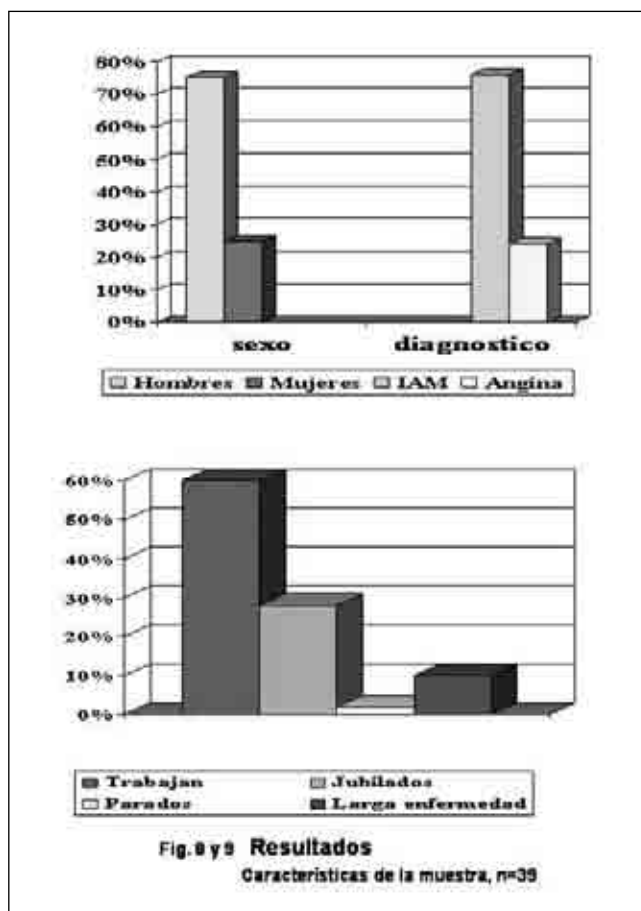
controlado nunca la tensión

En cuanto al ejercicio físico los pacientes lo han aumentado considerablemente, un 41% por decisión personal y el 56% por consejo sanitario.

La capacidad de autocuidarse sigue siendo del 90%, una tercera parte preveían dificultades para abandonar el tabaco y una cuarta parte para realizar ejercicio físico habitualmente.

Estos resultados nos permiten reflexionar sobre distintos temas:

- 1) que el paciente crea su propio esquema cognitivo sobre la enfermedad y sus determinantes actuando de forma diferente en cada caso.
- 2) Los factores de riesgo encontrados en los pacientes de la muestra, son los factores de riesgo típicos de la ECV, todos estos factores son potencialmente previsibles. Con los resultados obtenidos actualmente, vemos, que aunque el paciente percibía dificultad para realizar los cambios, en la actualidad estos factores se han visto positivamente modificados.
- 3) La educación que se está realizando en la actualidad se basa en las necesidades técnicas y en la mayoría de casos, en la transmisión de información o de técnicas. Los contenidos de los programas son iguales para todos los pacientes y diseñados únicamente por el profesional, sin tener en cuenta los conocimientos, creencias y percepciones de cada paciente.



Sería necesario una coordinación eficaz entre los diferentes niveles asistenciales y poder seguir de forma ambulatoria la educación iniciada en el hospital, actualmente deficitaria en la mayoría de hospitales y centros de salud.

Conclusiones

A corto plazo los pacientes se sienten responsables y capaces de autocuidarse, pero a largo plazo, los pacientes descubren que su comportamiento preventivo y en especial seguir una correcta dieta es difícil mantener.

El fin de la educación sanitaria pretende fomentar actitudes y comportamientos saludables e insertarlos

en las decisiones cotidianas. Ello no puede conseguirse mediante actividades esporádicas, sino que es un proceso constante de interacción entre los profesionales sanitarios y la población, por este motivo deben planificarse actividades continuadas, que permitan mantener las nuevas actitudes adquiridas por los pacientes.

En la fase aguda de la enfermedad los pacientes se creen capaces de modificar los factores de riesgo, pero pasado un tiempo los cambios iniciados al principio se van diluyendo y es por este motivo que los profesionales de la salud debemos mantener unas visitas de seguimiento si queremos que se produzcan cambios de actitud en las personas.

Dirección correspondencia

Montse Cazorla Roca
e-mail: mcazorla@cspt.es
Tel: 937458313

Referencias Bibliográficas

- Espinosa JS, Bravo JC, "Rehabilitación Cardíaca y primaria" Rehabilitación cardíaca evolución histórica y estado actual. Sosa Ved:Panamericana 2000
- J Ferreira. Cardiología preventiva Qué se ha conseguido y qué nos depara
Ed: Edika med 1999
- Consoli SM., "Psychological aspects of short-term follow-up in myocardial infaction " Arch-malcoeur-Vaiss. 1992Nov.85(11supl) 1731-9
- Mckneeey L., Lapane kl., Assaf AR.,Carleton RA. " The associaton betweeen perceivedrisk and actual cardiovascular disease " . Epidemiology 1995 Nov. 6(6): 612-16
- Agarwal M., Dalal AK., Agarwal DK., Argaval R.K.; "Positive life orientation and recovery from myocardial infaction" . Soc-sci-medic.Enero 11-1995;40(1):125-130
- Chan V. Content areas for cardiac teaching: Patients perceptions of the importance of teachin content after myocardial infaction. J-Adv-Nurs. 1990 oct. 15(10): 1139-45.
- O'Neill M. Le Modification des comportements reliés a la santé. Íevue de la literature. Union Med. Canada 1980. 109:733-42 .
- Olderbug B., PerkinsR., Andrews G. " Controlled Trial of psychological intyervention in Myocardial infaction" Journal of consulting and and clinical psychology. 1985 53:825-59
- Campbell J. " How necessary is cardiac rehabilitation? Assesment of post myocardial infaction patients receiving limited rehabilitation" prof.Nurse. feb 1993; 8(5):279-83
- Theorique Desmond G., Braunwald E., Manejo del Infarto Agudo de miocardio. Braunwald 1996.
- Roman Santos P., Cristauro Greco A, Muñoz Cobos F. Antitobacco intervention in chronic patients.
- Followed-up at a nursing consult. Aten Primaria 1996 jul-aug 18:3 123-6.
- Young LE. Nursing interventions with obese cardiac patients. Nurs Clin North Am 1978 sep 13:3 449-56.
- Maroto J Mª. Rehabilitación Cardíaca en pacientes con mala función ventricular. Mafre medicina, 1996; Vol. 7: supl. I.
- Generalitat de Catalunya. Dep.de Sanitat i Seguretat Social.Plà de salut de Catalunya 1996-1998. Ed Generalitat de Catalunya. Dep. de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1997
- Marín D., González J., Programa TAB-APS Intervención en tabaquismo en el centro de salud. Revista de Enfermería Rol N° 234-Feb.1998.
- López A., Ruiz MD Conejo M.A Tratamiento del sobrepeso aplicación de un programa. Revista de Enfermería Rol N°239-240, jul-Ag, 1998 Carol A. Patient Education. School of Nursing Oregon Health Sciences University.
- Marín D., González J., Programa TAB-APS Intervención en tabaquismo en el centro de salud. Revista de Enfermería Rol N° 234-Feb.1998.
- López A., Ruiz MD Conejo M.A Tratamiento del sobrepeso aplicación de un programa. Revista de Enfermería Rol N°239-240, jul-Ag, 1998 Carol A. Patient Education. School of Nursing Oregon Health Sciences University.
- Briggs L.M. Sexual healing: caring for patients recovering from myocardial infaction. BR-J-Nurs. Sep. 1994. 8-21; 3 (16):837-42.