



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST INFARTO AGUDO DE
MIOCARDIO QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
CARDIACA EN UN INSTITUTO NACIONAL 2017**

Trabajo académico para optar el título de Especialista en Enfermería en Cuidado
Cardiovascular

AUTORES:

LIC. CASAVARDE PINEDA, MIRIAM

LIC. ESCATE QUIJANDRÍA, MARÍA

LIC. GUERRERO LEON, PAOLA

ASESORA.

MG. GIANINA FARRO PEÑA

LIMA – PERÚ

2017

Aserora: Mg. Gianina Farro Peña

ÍNDICE

RESUMEN	
ASBTRACT	
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.3 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD.....	5
CAPITULO II: PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	7
2.1 PROPÓSITO	7
2.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	7
2.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
CAPITULO III: MARCO TEÒRICO.....	8
3.1 ANTECEDENTES	8
3.2 BASE TEÓRICA	11
CAPÍTULO IV: MATERIAL Y MÈTODOS.....	17
4.1 DISEÑO DE ESTUDIO	17
4.2 POBLACIÓN - MUESTRA.....	18
4.3 PROCEDIMIENTO Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	19
4.4. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	21
4.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	22
CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS.....	24
5.1 PRINCIPIOS ÉTICOS	24
5.2. CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS.....	24
5.3 CRONOGRAMA DE GANTT	25
5.4 PRESUPUESTO	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
ANEXO N° 1: UNIVERSIDAD CAYETANO HEREDIA	31
ANEXO Nª 2: CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA – MC NEW QLMI-2.....	33

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el tercer lugar de la mortalidad general, donde la cardiopatía coronaria figura como principal causa. Una de las principales estrategias de prevención secundaria para mejorar la calidad de vida lo constituye la rehabilitación Cardíaca. La importancia de la enfermedad y su terapéutica en la salud del paciente se han conceptualizado a través de la “Calidad de Vida”. Es por ello la importancia de identificar la calidad de vida en los pacientes post infarto agudo de miocardio que asisten al programa de rehabilitación Cardíaca, en especial en la fase II y fase III, en el Instituto Nacional Cardiovascular. El objetivo general es: Determinar la Calidad de Vida en pacientes post Infarto Agudo de Miocardio que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca. Se utilizará el de tipo de estudio observacional, de corte longitudinal, empleando el diseño cuantitativo; la población está constituida por todos los pacientes que asisten en forma regular al programa de rehabilitación cardíaca con Diagnóstico post infarto agudo de miocardio entre los meses de septiembre 2017 – marzo 2018. Para la recolección de datos se empleará el cuestionario de calidad de vida Mac – New QLMI-2 para la recolección de datos.

Palabras claves: Calidad de vida, infarto agudo de miocardio, rehabilitación cardíaca.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases occupy the third place of general mortality, where coronary heart disease is the main cause. One of the main strategies of secondary prevention to improve the quality of life is the Cardiac Rehabilitation. The importance of the disease and its therapeutics in the health of the patient has been conceptualized through the "Quality of Life". This is why it is important to identify quality of life in patients with acute myocardial infarction who attend the Cardiac Rehabilitation Program, especially in Phase II and Phase III, at the National Cardiovascular Institute. The general objective is: To determine the Quality of Life in patients after acute myocardial infarction who attend the Cardiac Rehabilitation Program. It will be used the type of observational study, of longitudinal cut, using the quantitative design; the population consists of all patients who regularly attend the cardiac rehabilitation program with diagnosis post-acute myocardial infarction between September 2017 and March 2018. For the data collection, the quality of life questionnaire Mac - New QLMI-2 will be used to collect data.

Key words: Quality of life, acute myocardial infarction, cardiac rehabilitation.

INTRODUCCION

Hace algunos años se manejaba la teoría de que el corazón debía reposar hasta que la zona de infarto cicatrizara, de no ser así, los pacientes corrían el riesgo de sufrir complicaciones importantes tales como: insuficiencia cardiaca, la formación de aneurisma ventricular, ruptura cardiaca y muerte súbita.

Pero en los últimos 40 años, se ha demostrado los efectos perjudiciales del reposo prolongado en cama, el cual ocasiona un desacondicionamiento fisiológico y una disminución significativa en el máximo consumo de oxígeno (VO₂ máximo) que es la cantidad máxima de oxígeno que el organismo puede absorber, transportar y consumir en un tiempo determinado, es decir, el máximo volumen de oxígeno en la sangre que nuestro organismo puede transportar y metabolizar, también llamado capacidad aeróbica que está estrechamente relacionado con la capacidad cardiovascular.

Actualmente existe evidencia científica que apoya la conducta del ejercicio precoz como beneficioso en este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que ocasiona una reducción de 20 a 40% en la mortalidad total y en la relacionada con causas cardiovasculares. Es por ello que la rehabilitación cardiaca como instrumento de prevención secundaria hace parte importante del esquema de tratamiento del paciente coronario (1).

A partir de que la idea que el ejercicio es útil no solo para la población sana, sino que, también es beneficiosa para la recuperación de la salud; hoy en día la Rehabilitación Cardiaca, no sólo es parte o alternativa de tratamiento de la enfermedad Cardiovascular, sino que, es la herramienta más eficaz e integral por ser multidisciplinaria y multifactorial en su prevención secundaria; a su vez actúa en la Prevención Primaria del Infarto de Miocardio y el derrame cerebral (3).

La importancia de la enfermedad y su terapéutica en la salud del paciente se han conceptualizado a través de la “Calidad de Vida” (4); ya que en los pacientes post infarto agudo de miocardio, son considerados un problema de salud pública en expansión, siendo la principal causa morbimortalidad a nivel mundial (5), así como la cardiopatía isquémica que genera cambios más relevantes que dificultan el retorno a sus actividades cotidianas y laborales, afectando su calidad de vida en las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la persona (6).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reportó que en las Américas la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón es de 76,4 por cada 100 000 habitantes (7). Considerando en el Perú, las enfermedades cardiovasculares en el cuarto lugar de carga de enfermedad; es decir, por esta causa se producen 390 121 años de vida saludables perdidos (AVISA) o el 8% del total (4).

Es por ello que, la educación para la Rehabilitación Cardíaca, es de relevancia en el desarrollo de las competencias de la enfermera para concientizar y sensibilizar al paciente sobre la necesidad de mantener a largo plazo estilos de vida cardio - saludables, auto cuidados y adherencia al tratamiento, lo que les permite aceptar su situación y participar de su cuidado, estableciendo un ambiente de confianza e incentivando la participación de la familia, contribuyendo al proceso de adoptar cambios en los estilos de vida como garantía de calidad en el proceso de cuidados del paciente (8).

Promoviendo la participación en los programas de rehabilitación cardíaca y aplicando herramientas útiles para la determinación de la calidad de vida, a fin de lograr una medición más comprensiva, integral y válida del estado de salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y la efectividad de la atención ofrecida dentro del programa (6).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el Perú, mueren cada año más de 44.8 personas de 100 mil habitantes por enfermedades isquémicas del corazón, registrándose el Infarto agudo de miocardio como una de las principales causas de morbi-mortalidad en el Perú (3). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud, indicó que el 80% de los infartos de miocardio y de los accidentes cerebro vasculares prematuros son prevenibles y se estiman que 23.3 millones de personas podrían morir por enfermedades cardiovasculares en el año 2030 (9).

Actualmente existe una alarmante incidencia en Lima 4 a 5 infartos por día; de los cuales más de la tercera parte se producen en varones en edades entre 40 a 60 años; y en el caso de las mujeres, entre los 60 a 80 años (4). Concentrándose en Lima, la mayor cantidad de casos con 246 intervenciones, seguido por La Libertad con 35 y la región del Callao con 27 (10).

En el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) se registró una producción de cirugía coronaria de 900 casos en el año 2015; oscilando entre 255 Angioplastias transpercutaneas (ACTP), 249 prótesis valvular, 241 revascularizaciones miocárdica (RVM), 78 Insuficiencias cardiacas congestivas (ICC), 31 patologías congénitas, 30 cardiomiopatías dilatadas (CMPD), 6 trasplantes y 10 otras patologías cardiacas (11).

Los objetivos de la prevención secundaria apuntan como herramienta más eficaz y eficiente de las enfermedades cardiovasculares a los programas de rehabilitación cardiaca (PRC), cuya creación fue propuesta por la OMS en los años sesenta para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el pronóstico de los cardiópatas que se ha visto por la prevención, tratamiento y rehabilitación (12).

Sin embargo, la rehabilitación cardíaca (RC) se encuentra subutilizada tanto en prevención primaria, como secundaria. Solamente 30% ingresa a estos programas en Europa, 15-25% en Estados Unidos de Norteamérica, y menos de 10% en América Latina. Las posibles razones para esto incluyen el escepticismo médico sobre los beneficios de la RCV, la accesibilidad variable, la preferencia por indicar ejercicio en casa y el enfoque prioritario en los procedimientos de revascularización y medicación, por sobre las estrategias de cambios en los estilos de vida (13).

Existe evidencia clara y suficiente en otros países que con este tipo de actuación la calidad de vida mejora significativamente, con un descenso en las complicaciones y la mortalidad post infarto agudo de miocardio cercano al 40% y en la incidencia de nuevos eventos a largo plazo. Se ha considerado, además que el riesgo del ejercicio, incluida la muerte súbita, es perfectamente asumible en función de los beneficios que reporta, como: mayor tolerancia al ejercicio con disminución de factores de riesgo para retornar a una actividad activa, productiva y satisfactoria, mejorando la calidad de vida y disminuyendo la posibilidad de nuevos eventos cardiovasculares (14).

En el Perú, INCOR es una de las principales instituciones donde se realiza Rehabilitación Cardíaca, a través de un programa con charlas educativas interdisciplinarias de estilos de vida saludable, control del pulso, caminata saludable, factores de riesgo (alcoholismo, tabaquismo, obesidad); paseos y actividades de integración social y familiar, asimismo rutinas de ejercicios individualizadas teniendo en cuenta la patología y el grado de riesgo (alto, medio o bajo).

En la rotación del área de rehabilitación cardíaca de INCOR, lugar donde surgió el interés de las investigadoras al realizar las prácticas de la especialidad, la prevalencia de pacientes con esta patología es mayor, se observa inicialmente pacientes callados y extrovertidos, asustados al hacer el ejercicio por temor a volver a sentir dolor o tener otro evento coronario, y por el des-acondicionamiento físico se agitan o cansan más rápido; afectando su vida social, familiar y laboral. Esta investigación aborda la problematización del infarto al miocardio desde la perspectiva de la rehabilitación

cardiaca y los beneficios en la calidad de vida en el Instituto Nacional Cardiovascular del Perú.

Por lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida en los pacientes post infarto agudo de miocardio que asisten al Programa de Rehabilitación cardiaca en el Instituto Nacional Cardiovascular, 2017?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La Calidad de Vida está relacionada si bien es cierto con la percepción que tiene el paciente con respecto a su evolución complementarios al aspecto clínico.

En relación a la RC, dividida en tres fases de las cuales se trabajara según las especificaciones consideradas para el estudio (Inicio Fase II y término de Fase II) nos parece interesante conocer la repercusión de este programa sobre la calidad de vida del paciente con cardiopatía. La calidad de vida se considera un aspecto importante a valorar en las diferentes fases de la RC, tomando como un punto importante el inicio y fin de cada una de ellas para lograr una medición más comprensiva, integral y válida del estado de salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y la efectividad de la atención ofrecida dentro del programa.

1.3 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

El proyecto será viable y factible ya que, será autofinanciado por las investigadoras Asimismo, los pacientes del programa que acuden a rehabilitación cardiaca colaborarán en su autocuidado y mostrarán interés, por cuanto los resultados de la investigación serán de beneficio personal. Se trabajará en base a un cronograma para la realización de actividades (encuestas, revisión de resultados y manejo de la información) en coordinación con la institución a la que pertenece la población.

Y además, existe información bibliográfica que orientará el curso del estudio; así como estadísticas que avalarán la investigación. De la misma manera, dentro del margen de conducto regular; se contará con el apoyo del servicio de Rehabilitación Cardíaca (Asistencial y Administrativo) del Instituto Nacional Cardiovascular para la realización del proyecto y recogida de datos significativos.

CAPITULO II

PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1 PROPÓSITO

Proporcionar a los profesionales de enfermería fundamentos relacionados con la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asisten a programas de rehabilitación cardíaca y los instrumentos genéricos o específicos que se pueden utilizar como herramientas útiles de valoración y seguimiento de la calidad.

2.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Calidad de Vida en pacientes Post Infarto Agudo de Miocardio que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la Calidad de Vida según sus dimensiones (física, social, emocional) en el inicio la II Fase de Rehabilitación Cardíaca en pacientes post Infarto Agudo de Miocardio.
- Identificar la Calidad de Vida según sus dimensiones (física, social, emocional) al término la II Fase de Rehabilitación Cardíaca en pacientes post Infarto Agudo de Miocardio.

CAPITULO III

MARCO TEÒRICO

3.1 ANTECEDENTES

Internacionales; Se encontraron investigaciones que consideran las variables:

Archury, D; Rodríguez, S; Agudelo, L; et al. “Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca” Julio – Diciembre 2011. Bogotá, Colombia. Objetivo. Proporcionar a los profesionales de enfermería fundamentos relacionados con la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asisten a programas de rehabilitación cardiaca y los instrumentos genéricos o específicos que se pueden utilizar como herramientas útiles de valoración y seguimiento de la calidad de vida. Conclusiones. El ejercicio como uno de los componentes de los programas de rehabilitación cardiaca, sin embargo no puede ser la única dimensión que contemple un programa, son necesarias las intervenciones de tipo social y emocional que garanticen una rehabilitación integral y promuevan una adecuada calidad de vida (17).

Cano, R; Alguacil, I; Alonso, J; et al. “Programas de Rehabilitación Cardiaca y Calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual” 2012, Madrid, España. Objetivo. Reducir la morbimortalidad de sujetos con alto riesgo absoluto y ayudar a los que presentan un riesgo bajo a mantenerse así, al objeto de que la población tienda a mantenerse saludable. Conclusiones. El ejercicio físico es la intervención con mayor evidencia científica en la reducción de la morbimortalidad de la enfermedad coronaria. El ejercicio de resistencia se deberá considerar como parte fundamental del ejercicio físico para la mejora de la calidad de vida. La calidad de vida percibida depende de las expectativas del paciente respecto a su capacidad funcional y su estilo de vida. Los pacientes incluidos en el programa, resultan una herramienta útil para identificar un mayor riesgo de reingreso y mortalidad, y realizar con ellos un seguimiento más estrecho, para un control evolutivo de los efectos del programa (15).

Cambon, J. “Efectividad de la Rehabilitación Cardíaca en el estado físico y calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Un estudio descriptivo” 2012, Henares de Alcalá, Madrid. Objetivo. Describir los efectos del Programa de Rehabilitación Cardíaca, realizado en el Hospital Ramón y Cajal por pacientes que cursan con Enfermedades Cardiovasculares, sobre su estado físico y calidad de vida. Conclusiones. El programa de rehabilitación cardíaca parece tener efectos beneficiosos en pacientes que cursan con enfermedad cerebro vascular. Las mejoras más significativas se han encontrado en el incremento de la capacidad física de los pacientes, así como valores tales la frecuencia cardíaca, peso, índice de masa corporal, perímetro abdominal, la presión arterial y los watts alcanzados durante el entrenamiento. La mejoría en el estado psicológico obtenida a través de diferentes test ha sido levemente inferior (16).

Nacionales; se encontraron investigaciones que consideran las variables:

Pacci, K; Cruz, C; Alzamora, A; et al. “Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular. Perú, 2011”. Objetivo. Determinar el impacto que tiene la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR). Conclusión. El 67.1% fueron varones y el 32.1% fueron mujeres. La edad promedio fue de 36.6 +- 11.7 años. El 74% de los pacientes eran casados, el 91.3% residen en Lima, y el 37.7% ha concluido sus estudios secundarios. El 73.1% se encontrada en posición post operatoria, el 22.3% en tratamiento médico, y el 4.6% en angioplastia. Así también, el 36.7% presentó reacción de ansiedad, el 26.5% trastorno de adaptación, y 15.9% reacción mixta de ansiedad y depresión. Además, se obtuvieron mejorías significativas en 6 de las 8 dimensiones de la escala SF -36: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social y rol emocional (18).

Rudas R. “Nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardíaca Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” 2016, Lima. Objetivo. Determinar el nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardíaca Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Conclusiones. El mayor

porcentaje tiene un nivel de satisfacción de media a baja ya que la enfermera demuestra un trato cordial y amable, se presenta con su nombre, tienen equipos suficientes, cuenta con buena iluminación; desconoce el uso de aparatos utilizados en la sesión, emplea términos difíciles de entender, consideran que el espacio físico es inadecuado; seguido de un mínimo porcentaje significativo con satisfacción alta ya que la enfermera acude a atenderlo de inmediato, coordina los cuidados con otros profesionales, se presenta con su nombre cuando lo atiende, demuestra un trato cordial y amable (19).

3.2 BASE TEÓRICA

El infarto agudo de miocardio ocurre cuando se interrumpe el flujo de sangre oxigenada al músculo cardíaco. Se conoce coloquialmente como ataque al corazón, ataque cardíaco o infarto. El buen funcionamiento del miocardio depende de la salud y el estado de las arterias coronarias, ya que éstas le proporcionan la sangre oxigenada necesaria para la actividad del músculo. Después de un infarto, el funcionamiento del corazón puede verse alterado; en ocasiones, otras partes del músculo deberán hacer un mayor esfuerzo para contrarrestar la zona afectada (20).

El impacto derivado a esta enfermedad se ve reflejado en diferentes aspectos. En el plano físico, experimenta, derivado de las limitaciones por su sintomatología clínica, como: dificultad para respirar, cansancio e incluso dolor opresivo en el pecho o irradiado al brazo, mandíbula o región de la espalda; lo que genera disminución de la tolerancia al ejercicio, lo cual lleva a una percepción de discapacidad mayor. Asimismo, en el plano emocional, gran ansiedad e incluso depresión por temor a un nuevo evento coronario; que a su vez, son factores reconocidos como generadores de riesgo que van a afectar la dinámica familiar y a dar como resultado conflictos familiares y sociales, entre otros.

Lo que coincide en la inclusión de la actividad física y otros elementos (educación, apoyo social y emocional) en el concepto de prevención secundaria, y se traducen en esfuerzos orientados a reducir los factores de riesgo y la probabilidad de un nuevo evento coronario; así como evitar o, tal vez, detener la progresión del infarto agudo de miocardio (18).

Es por ello que, la Rehabilitación Cardíaca (RC), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes cardiopatas una condición física, mental y social óptima para que por

sus propios medios logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y les conduzca a una vida activa y productiva” (4).

Los programas de RC son estrategias de prevención secundaria y terciaria, cuyo fin es mejorar su calidad de vida, reducir la morbimortalidad y la re hospitalización; logrando que el paciente se reintegre a su vida emocional, familiar y laboral restaurando la calidad de vida, la autonomía y la integración social, además de mejorar la capacidad física. Estos programas se dividen en tres fases, diseñados para limitar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad cardiaca, reducir el riesgo de muerte súbita o re infarto, control de síntomas, estabilizar o revertir el proceso de aterosclerosis y mejorar el estatus psicosocial y emocional de los pacientes (3, 18,20).

Fase I: comprende desde el ingreso del paciente hasta que se produce el alta hospitalaria. Debe suponer una intervención lo más temprana posible que asegure la movilización precoz y el comienzo del proceso educativo.

Fase II: Supervisada o ambulatoria. Es la Fase de convalecencia que se inicia al mes del alta del paciente y constituye el período donde se realizarán las actividades más intensas desde todos los aspectos que determinarán los cambios de nuevos hábitos de vida del paciente (20). Con una duración comprendida de 12 sesiones o cuando adquiere una independencia funcional. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente cardiópata por medio de un programa individualizado, modificando y controlando los factores de riesgo y brindando apoyo emocional (26).

Fase III: No supervisada o de mantenimiento. Comprende el resto de la vida del paciente, y tiene como objetivo principal el mantenimiento de hábitos saludables, control de factores de riesgo, práctica habitual de actividad física y reincorporación a su realidad socio-laboral; en donde las visitas domiciliarias cobran una importancia para el seguimiento y retroalimentación de lo aprendido en la fase II, que contribuye

favorablemente a que vuelvan al trabajo previo, o en otras ocasiones a un puesto acorde a sus condiciones, (20, 22).

El presente trabajo se centrará en **la Fase II de la Rehabilitación Cardíaca**, que corresponde al período donde se intensificará el trabajo de rehabilitación con el paciente. En la Fase II comprende la evaluación de la situación clínica del paciente mediante una entrevista clínica, exámenes de laboratorio, ecocardiografía doppler color, seguida de una prueba de esfuerzo, de la que se obtiene la capacidad funcional del paciente medido en unidades MET, donde un MET equivale a un consumo de oxígeno de 3,5ml/kg/min y representa el consumo metabólico de oxígeno de un individuo de 70kg en reposo, durante 1 minuto.

En pacientes con isquemia miocárdica se deberá mantener un pulso de entrenamiento en 10 lat./min por debajo del umbral de isquemia. El tipo de ejercicio es básicamente de calentamiento, endurecimiento o resistencia y enfriamiento, En las sesiones se puede incluir una etapa recreativa de 10-15 minutos para mejorar el aspecto psicosocial, así como la integración, educación y adhesión al plan (21).

Asimismo, el paciente recibe un informe, final de la Fase II, en el que se especifican los datos de las pruebas de esfuerzo, la evolución psicológica y analítica, y los problemas que pudieran haber aparecido durante los dos o tres meses de seguimiento. Se les aconseja continuar con el programa físico-psíquico aprendido y, los deportes que puede practicar incluyendo la frecuencia cardíaca a que ha de realizarlos. Los ejercicios de relajación deben ser efectuados tres veces al día y cuando estén sometidos a gran tensión psíquica (23).

Es por ello que, adquiere gran importancia el ejercicio físico regular y las actividades educativas enfocadas en el conocimiento de la enfermedad, el cambio en los estilos de vida y la readaptación familiar, ocupacional y social; en la búsqueda de mejorar la

calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular; entendiendo la Calidad de Vida como la construcción del individuo, que hace desde sus dimensiones física, social y emocional; en contraste con la continua interacción con su realidad. Es una valoración subjetiva, en la que se reflejan las vivencias que tienen los pacientes (18).

El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’ incluye obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles “. (25)

Por lo tanto, la calidad de vida se considera un elemento fundamental para conocer la efectividad del programa y emprender la toma de decisiones sobre los posibles cambios y su aplicabilidad potencial. Es por ello que, la utilidad de los instrumentos se ve reflejada en la descripción de la calidad de vida, expresada en las tres dimensiones (física, emocional, social) y el efecto del programa de rehabilitación cardíaca en cada una de ellas.

Además, se ha utilizado para valorar la eficacia y eficiencia de las diferentes intervenciones que se realizan en el programa de rehabilitación cardíaca, y con ello ha demostrado que estos programas mejoran la calidad de vida del paciente cardiovascular en sus tres dimensiones.

El Mac –New Heart Disease health – related quality of life instrument (Mac – New QLMI-2), es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para determinar la calidad de vida de los pacientes en los programas de rehabilitación cardíaca, ya que permite captar los cambios en las dimensiones física, social y emocional del paciente cardíaco en las diferentes fases del programa. Haciendo de la determinación de la calidad de vida una herramienta en la que se tienen en cuenta los resultados del programa valorando las actividades diarias, en las dimensiones física, emocional y social que se ve afectados por la enfermedad y su tratamiento (26).

La dimensión física corresponde a la importancia que tiene para cada individuo su estado físico, entendido como el grado de ejecución de las actividades habituales relacionadas con la autonomía y el autocuidado, el gozo de un adecuado estado de salud y de no tener síntomas de enfermedad.

La enfermedad cardiovascular es considerada la primera causa de incapacidad física en el paciente coronario, especialmente en la tercera edad. Esto demuestra el alto impacto que la enfermedad cardiovascular tiene en la dimensión física, pues las personas limitan sus actividades de autocuidado y movilidad (26).

La dimensión social se define como el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. Ello se refleja en el trastorno de las actividades sociales normales y tiene que ver con las funciones, las relaciones, el afecto, la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar

El programa de rehabilitación cardíaca es un espacio que permite una cohesión social y se convierte en un escenario muy especial, donde se interactúa con otros pacientes y familiares que también están pasando por el sufrimiento de una enfermedad cardiovascular. Por ello, es preciso que los programas de rehabilitación cardíaca generen y mantengan espacios dedicados para sesiones educativas, donde se permita resolver las inquietudes del paciente y su familia y participar de una manera activa, que aporte tranquilidad y seguridad (26).

La familia es un ente relevante en el desarrollo de los individuos. Esta ocupa un lugar importante, ya que es una fuente de apoyo emocional y social que contribuye a enfrentar problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad, así como otros inconvenientes sociales que envuelven el cotidiano de esas personas (26).

La dimensión emocional se define como la percepción y el conocimiento que le permite al ser humano actuar o decidir bajo parámetros de razón. Es ese estado

biopsicológico que permite iniciar acciones y motivaciones y que está presente en la mayor parte de los procesos vitales, donde resulta fundamental el desarrollo humano, profesional, creativo, e incluso científico (26). Se relaciona con la presencia de malestar o bienestar, vinculados a la experiencia y la vivencia del problema de salud. En este se encuentran sentimientos como temor, ansiedad, depresión y frustración (26).

La enfermedad cardiovascular está íntimamente relacionada con crisis emocionales; sin embargo, diferentes investigaciones han demostrado que la presencia de estrés psicosocial y de trastornos psiquiátricos son factores de riesgo. La depresión es la segunda causa de incapacidad después del IAM; pero, con frecuencia, se asocia a los trastornos cardiovasculares e incrementa las cifras de morbimortalidad. Sin duda, existe una estrecha relación entre depresión, enfermedad cardiovascular y mortalidad. Los pacientes deprimidos con enfermedad cardiovascular tienen un riesgo de morir entre tres y cinco veces más que los pacientes con enfermedad cardiovascular sin depresión (26).

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio es de tipo cuantitativo, observacional, de corte longitudinal.

Área de estudio

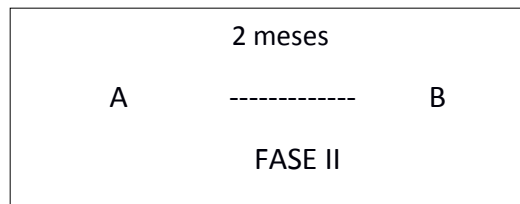
El presente se desarrollará en el instituto cardiológico (INCOR) área de Rehabilitación Cardíaca.

INCOR se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María, departamento de Lima. Es un lugar de fácil acceso ya que se cuenta con los medios de transporte para llegar a esta zona. Dentro de los servicios que presenta: emergencia, unidad de cuidados intensivos e intermedios cardiológicos, unidad de cuidados intensivos e intermedios post quirúrgicos, consultorios externos (prueba de esfuerzo, ecocardiografías, ecocardiografía transesofágica, ecocardiografía de estrés, holter, mapa, til test, consultorios médicos) y rehabilitación cardíaca.

El área de Rehabilitación Cardíaca se encuentra en el segundo piso de INCOR está conformado por personal multidisciplinario (tres enfermeras, un médico cardiólogo, una nutricionista). Cuenta con gimnasio y consultorio de enfermería. El gimnasio está implementado con una faja ergométrica, dos minigimnasios, seis bicicletas estacionarias, seis mancuernas de medio kilo, dos kilos, cuatro kilos, cuatro bolsas de arena. Asimismo; tres tensiómetros digitales, dos pulsímetros, un monitor multiparámetros, un desfibrilador, un equipo de electrocardiografía. El consultorio cuenta con un ambiente equipado con rotafolios y una computadora para la atención preventiva – promocional brindado al paciente y/o familia.

4.2 POBLACIÓN - MUESTRA

La población estará conformada por 25 pacientes que asisten en forma regular al programa de rehabilitación cardiaca (INCOR) con Diagnóstico post infarto agudo de miocardio. Se describe de la siguiente forma:



Se evaluará un mismo grupo de estudio durante un período de tiempo: en A se evaluará la calidad de vida al iniciar la fase II al programa de rehabilitación Cardiaca y en B se evaluará, al finalizar la fase II

Dónde:

A: grupo de pacientes que inician la fase II del programa de rehabilitación cardiaca.

B: grupo de pacientes que terminan la fase II del programa de rehabilitación cardiaca (2 meses después de A)

F (II): fase Supervisada o ambulatoria del programa de rehabilitación cardiaca.

Criterios de inclusión para los pacientes:

- Pacientes que firmen la hoja de consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico inicial de Infarto agudo de Miocardio.
- Pacientes que asistan al programa de rehabilitación cardiaca.

Criterios de exclusión para los pacientes:

- Pacientes que tengan menos de 20 sesiones en el programa de rehabilitación cardiaca

4.3 PROCEDIMIENTO Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se aplicará como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario de Calidad de Vida Mac –New Heart Disease health – related quality of life instrument (Mac – New QLMI-2), fue diseñado en el año 2000 por Brotons y cols. En el estudio: Adaptación del cuestionario de calidad de vida McNew QLMI para uso en población española. y consultado en el 2011 por Archury y cols. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca.

El cuestionario Mac – New QLMI-2 es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para determinar la calidad de vida de los pacientes en los programas de rehabilitación cardiaca, al captar los cambios en las dimensiones física, social y emocional del paciente cardiópata en las diferentes fases del programa.

El cuestionario será aplicado por las investigadoras, a través de la entrevista al paciente, se realizará en dos momentos: al inicio de la II Fase del Programa de Rehabilitación Cardiaca y al término de la II fase del programa (2 meses después del inicio de la Fase II).

El Cuestionario Mac – New QLMI-2 valora las tres dimensiones física, social y emocional estructuradas en 27 ítems, conformada por:

- La dimensión Salud física presenta 10 ítems
- La dimensión Salud emocional presenta 10 ítems
- La dimensión Salud social presenta 7 ítems

Cada ítem consta de 7 respuestas (Escala de Likert).

- Siempre / muy satisfecho/a o infeliz la mayor parte del tiempo (1 punto)
- Muchas veces / generalmente muy insatisfecho o infeliz (2 puntos)
- A menudo / algo insatisfecho/a o feliz (3 puntos)
- Algunas veces / feliz la mayor parte del tiempo (4 puntos)
- Pocas veces / generalmente satisfecho/a o feliz (5 puntos)

- Casi nunca / muy feliz la mayor parte del tiempo (6 puntos)
- Nunca / extremadamente feliz, podría estar más satisfecho/a o contento (7 puntos)

Excepto en las preguntas 3, 5 y 17 que el orden es invertido:

- Siempre (7 puntos) / Muchas veces (6 puntos) / A menudo (5 puntos) / Algunas veces (4 puntos) / Pocas veces (3 puntos) / Casi nunca (2 puntos) / Nunca (1 puntos)

La calificación se da:

- Mala (27 – 63 puntos). Regular (64- 127 puntos). Buena (128 – 189 puntos)

Para el estudio se realizará los siguientes procedimientos:

- Solicitar el permiso al departamento de Investigación del Instituto Nacional Cardiovascular.
- Coordinar con la responsable del servicio de Rehabilitación cardiaca para la aplicación del Cuestionario e informale sobre el objetivo, propósito y finalidad del estudio.
- Se solicitará el consentimiento informado de los pacientes que van a ser estudiados.
- Se aplicará el cuestionario para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo o tabulación y evaluación de datos.
- Interpretación de los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

4.4. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

- Los datos serán codificados y luego ingresados a una base de datos creado en el programa MS EXCEL 2010, para su posterior análisis, después
1. Obtenida la autorización por el área de investigación del Instituto Nacional Cardiovascular, se coordinará con el médico jefe y enfermera y enfermera coordinadora de Rehabilitación Cardíaca para la ejecución del proyecto.
 2. Se procederá a realizar el consentimiento informado a todos los pacientes que ingresarán al estudio.
 3. Se aplicará el instrumento a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en tres etapas de evaluación.

Procesamiento de datos:

Se empleará el software Excel para procesar los datos, el análisis estadístico se realizará con el programa estadístico SPSS. Asimismo se presentarán los datos en cuadros y gráficos estadísticos.

4.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE IDENTIFICADO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>CALIDAD DE VIDA</p>	<p>Es la construcción del individuo, que hace desde sus dimensiones física, social y emocional; en contraste con la continua interacción con su realidad (18).</p>	<p>SALUD FÍSICA</p>	<p>Importancia que tiene para cada paciente el grado de ejecución de las actividades diarias en relación con la autonomía, autocuidado, el gozo de la salud y de no tener síntomas de enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación <ul style="list-style-type: none"> ○ Deporte o ejercicio ○ Actividades diarias • Limitación por: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de energía • Agitación • Cansancio • Mareado • Dolor en pecho
		<p>SALUD SOCIAL</p>	<p>Importancia que tiene para cada paciente los problemas de salud física o emocional y el grado que interfieren en la vida social habitual, asociados con el rol en el trabajo y la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente para realizar actividades sociales o familiares • Independiente para realizar actividades sociales o familiares <ul style="list-style-type: none"> ○ Sobreprotección de la familia

		<p>SALUD EMOCIONAL</p>	<p>Importancia que tiene para cada paciente la presencia de malestar o bienestar en relación con la experiencia o vivencia del problema de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exclusión de hacer otras actividades ○ Dificultad para relaciones sexuales ● Incapacidad para relacionarse <p>Sentimientos que le genera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frustración ✓ Incompetencia ✓ Confianza ✓ Depresión ✓ Tranquilidad ✓ Satisfacción ✓ Inseguridad ✓ Aprensivo ✓ Carga para los demás
--	--	-------------------------------	--	--

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

5.1 PRINCIPIOS ÉTICOS

Autonomía

El paciente que participará en el estudio de investigación tendrá la libertad de decidir su participación voluntaria a través del consentimiento informado, sin coerción o influencia indebida.

Justicia

El paciente que participará en el estudio tendrá la misma oportunidad de participar en la investigación, los criterios de exclusión no repercutirán en la elección de su participación.

No Maleficencia

No se aplicará intervenciones que perjudiquen la integridad física, psicológica y social de paciente que participará en el estudio, así mismo se protegerá la información personal y sus derechos individuales.

Beneficencia

El paciente se beneficiará de visitas domiciliarias individualizadas en donde se retroalimentará los temas de su interés y se podrá resolver dudas; así como podrá ver los avances realizados y la mejora de su calidad de vida.

5.2. CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS

- Se solicitará permiso a las autoridades de la institución para la realización de la investigación.
- Coordinar con el Jefe del Servicio y Enfermera Jefa de Rehabilitación Cardíaca para la presentación del proyecto de investigación, sus objetivos y propósitos; así mismo obtener la autorización para el inicio de la recolección de datos.
- Presentar el cronograma de días y horas para la aplicación del instrumento

5.3 CRONOGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES	2016					2017									
	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT
1.Planteamiento del problema															
2. Elección del proyecto															
3. Búsqueda de Información															
4. Estimación de Presupuesto															
5. Elaboración de Cronograma															
6. Aprobación de anteproyecto															
7.Reelaboración de proyecto															
8.Ampliación de marco teórico															
9. Preparación instrumento de recolección de datos															
10.Sistematización de información															
11. Análisis e interpretación															
12. Elaboración de borrador															
13. Revisión y crítica															
14. Redacción final															
15. Presentación															
16. Sustentación															

5.4 PRESUPUESTO

CONCEPTO	CANTIDAD	IMPORTE
A. PERSONAL		
Honorarios del Investigador	200 x 3	600
Asistente de Investigación	100 x 2	200
B. BIENES		
Papel		100
USB		50
Lapicero		20
Folder		20
Agenda	20 x 3	60
Refrigerio		200
Incentivo para participantes		400
C. SERVICIOS		
Fotocopia		100
Internet		50
Impresiones		200
Tipeo		100
Pasajes		200
Viáticos		300
Encuestadores		200
Transcripciones		200
D. GASTOS ADMINISTRATIVOS		
Gestión		500
	TOTAL	3500

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lagares M. Experiencia del paciente coronario frente a la terapia de rehabilitación cardiaca en una institución de cuarto nivel en Cartagena. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia 2012. <http://www.bdigital.unal.edu.co/7071/1/539499.2011.pdf>
2. García P, Martínez T, Mora J, et al. Posicionamiento sobre los estándares básicos en recursos humanos, materiales y actividades de los programas de prevención y rehabilitación cardíaca en España. Proyecto RECABASIC. Enfermería en Cardiología. 2014 Septiembre; 21(62). https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_12.pdf (Último acceso: 21 de Junio del 2016)
3. Ames R. La Rehabilitación Cardiaca y La Insuficiencia Cardiaca Congestiva. Sociedad Peruana de Cardiología 2012. Enlace: <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf> (último acceso: 21 de Junio del 2016)
4. Pacci K, De la Cruz C, Alzamora A, et al. Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. Lima, Perú. Enlace: <http://www.redalyc.org/html/2031/203122516010/> (Último acceso: 21 de Junio del 2016)
5. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. Nota descriptiva. 2015. Enlace: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/> (Último acceso: 21 de Junio del 2016)
6. Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. http://www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2_consenso_rehabilitacion.pdf (Último acceso: 21 de Junio del 2016)
7. Organización Panamericana de la Salud. Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas “Indicadores Básicos 2011”. Washington, D.C, Estados Unidos de América; 2011. Enlace: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf (Último acceso: 21 de Junio del 2016)
8. Hassanzadeh M, Yari M, Khouyinezhad G, et al. Comparasion of Cardiac Rehabilitation Programs Combined with Relaxation and Meditation Techniques on Reduction of Depression and Anxiety of Cardiovascular Patients. The Open Cardiovascular Medicine Journal. 2013 Octubre; 7. Enlace:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812783/> (Último acceso: 21 de Junio del 2016)
9. Seguro Social de Es salud del Perú. Enfermedades coronarias son la principal causa de muerte en el país. Publicado el 29 Septiembre 2015. Enlace: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-enfermedades-coronarias-son-la-principal-causa-de-muerte-en-el-pais/> (último acceso: 27 de Mayo 2016)
 10. Ministerio de Salud Personas que atendemos personas. Al año más de 4 mil personas mueren por infarto de miocardio en el Perú. Publicado el 26 de Setiembre de 2012. Enlace: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=11676 (último acceso: 27 de Mayo 2016)
 11. Alarcon O. Estadística del programa de rehabilitación Cardíaca. Instituto Nacional Cardiovascular. Perú, 2015.
 12. Monés J. ¿se puede medir la calidad de vida? ¿cuál es su importancia? . cir esp. 2004;76(2):71-7. Enlace: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13064339&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=36&ty=110&accion=l&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v76n02a13064339pdf001.pdf (último acceso: 21 de Junio del 2016)
 13. Acevedo, M; Kramer, V; Bustamante, M; et al. Rehabilitación Cardiovascular y ejercicio en la prevención secundaria. Rev Med. Chile.2011. 141: 1307-1314, pàg 1,2, 3,4.
 14. Boraite A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2008;61:514-28 - Vol. 61 Núm.05 DOI: 10.1157/13119996
 15. Cano de la cuerda R, Alguacil I, Molero A, et al. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Es Cardiol.2011. Vol 65(1); 65;72-9
 16. Cambon S. Efectividad de la Rehabilitación Cardíaca en el estado físico y calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Un estudio descriptivo. Universidad de Alcalá. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. 2012. Enlace: http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/11521/TFG_Sebasti%20A1n_Cambon%202012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 17. Archury, D; Rodríguez, S; Agudelo, L; et al. “Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca” Julio - Diciembre de 2011 en Bogotá, Colombia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo Vol13.Nº2. Enlace: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559004>

18. Pacci K, De la Cruz C, Alzamora A, et al. Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. Lima, Perú 2011. Rev. peru. epidemiol. Vol 15 No 2 Agosto 2011. (último acceso: 27 de Mayo del 2016)
19. Ruda R. Nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en el programa de rehabilitación cardíaca Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2016. Enlace: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5086/1/Rudas_Paquiyaui_Ronald_2016.pdf (último acceso: 22 de Noviembre del 2016)
20. Garcia P. Yudes E. Rehabilitación cardíaca: Revisión bibliográfica del impacto en la capacidad funcional, mortalidad, seguridad, calidad de vida, factores de riesgo y reincorporación laboral. Enfermería en Cardiología .2015 Año XXI (65): 52-61. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/65_06.pdf (último acceso: 19 de Junio del 2016)
21. García P, Álvarez L, Martínez T, et al. Estudio ESRECA. Situación actual de los programas de prevención y rehabilitación cardíaca en España. Enfermería en Cardiología. 2014 2º cuatrimestre; 21(62). https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_13.pdf (Último acceso: 21 de Junio del 2016).
22. Balasch M, López L, Rodríguez R, et al. Efectos de un programa de rehabilitación cardíaca fase III sobre los factores de riesgo hipertensión arterial y obesidad en personas mayores de 60 años con enfermedad cardiovascular. ELSEVIER. 2011. Vol 33 Nª 2. (último acceso: 04 de Diciembre del 2016).
23. Programas de rehabilitación. Unidad de rehabilitación cardíaca. Hospital universitario Ramón y Cajal en Madrid. 2016. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142462296919&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal. (Último acceso: 04 de Diciembre del 2016).
24. Awapara N. Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, provincia de Celendín, departamento de Cajamarca. Facultad de estomatología. Universidad Cayetano Heredia.2010. <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NADIAAWUAPARAFLORES.pdf>
25. Rosella P. Taller de calidad de vidas y redes de apoyo a las personas adultas mayores, Santiago, Chile. http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf

26. Archury, D; Rodríguez, S; Agudelo, L; et al. “Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca” en Fase II en una institución de IV nivel”, Julio - Diciembre de 2011 en Bogotá, Colombia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo Vol13.Nº2. Enlace: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559004>
27. Pacci K, De la Cruz C, Alzamora A, et al. Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. Lima, Perú. Enlace: <http://www.redalyc.org/html/2031/203122516010/> (Último acceso: 21 de Junio del 2016)
28. Brotons CC, Ribera A, Permanyer-Miralda G. Adaptación del cuestionario de calidad de vida McNew QLMI para uso en población española. Med Clin (Barc). 2000; 115:763-71. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-del-cuestionario-calidad-vida-12944>.

ANEXO N^o 2

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA – MC NEW QLMI-2

Autor: Brotons y cols. Adaptación del cuestionario de calidad de vida McNew QLMI para uso en población española, 2000				
Consultado: Archury y cols. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca, 2011.				
FECHA:			NOMBRE:	
DIRECCIÓN:				
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA				
A continuación encontrará una serie de preguntas que serán diligenciadas por las investigadoras, le recomendamos que sea lo más sincero/a posible. Los datos son confidenciales y no serán divulgados por favor no deje ninguna pregunta en blanco y responda con sinceridad.				
EDAD:	GÉNERO:	ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDAD	OCUPACION:
<input type="checkbox"/> 18 - 27 años	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> soltero/a	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> estudiante
<input type="checkbox"/> 28 - 37 años	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> unión libre	<input type="checkbox"/> secundaria	<input type="checkbox"/> empleada
<input type="checkbox"/> 38 - 47 años		<input type="checkbox"/> casado/a	<input type="checkbox"/> técnico	<input type="checkbox"/> trabaj independiente
<input type="checkbox"/> 48 - 57 años		<input type="checkbox"/> viudo	<input type="checkbox"/> universitario	<input type="checkbox"/> pensionado
<input type="checkbox"/> 58 - 67 años		<input type="checkbox"/> separado/a	<input type="checkbox"/> otros	<input type="checkbox"/> desempleado
<input type="checkbox"/> mayor de 67 años			<input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> otro
NIVEL SOCIOECONÓMICO DIAGNOSTICO:	NUMERO DE SESIONES:	ASISTENCIA AL PROGRAM CON QUIEN VIVE:		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> 1 - 10 veces	<input type="checkbox"/> primera vez	<input type="checkbox"/> solo
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Angina estable	<input type="checkbox"/> 10 - 20 veces	<input type="checkbox"/> segunda vez	<input type="checkbox"/> esposa
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> falla cardiaca	<input type="checkbox"/> mayor de 20 veces	<input type="checkbox"/> más de 2 veces	<input type="checkbox"/> esposa/hijos
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> cardiop. Distal			<input type="checkbox"/> hijo/ nuera
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> arritmias			<input type="checkbox"/> otro
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> cardiodesfibrilac.			
	<input type="checkbox"/> marcapasos			
	<input type="checkbox"/> post quirúrgico			
INTRUMENTO MACNEW (QMLI- 2) VERSIÓN ESPAÑOLA				
Dimensión SALUD FÍSICA				
Nos gustaría hacerle unas preguntas sobre cómo se ha encontrado durante las 4 últimas semanas.				
1) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agotado/a o bajo/a de energías?				
<input type="checkbox"/> siempre				
<input type="checkbox"/> muchas veces				
<input type="checkbox"/> a menudo				
<input type="checkbox"/> algunas veces				
<input type="checkbox"/> pocas veces				
<input type="checkbox"/> casi nunca				
<input type="checkbox"/> nunca				
2) ¿En general cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agitado/a o como si hubiera tenido dificultad para intentar tranquilizarse?				
<input type="checkbox"/> siempre				
<input type="checkbox"/> muchas veces				
<input type="checkbox"/> a menudo				
<input type="checkbox"/> algunas veces				
<input type="checkbox"/> pocas veces				
<input type="checkbox"/> casi nunca				
<input type="checkbox"/> nunca				

3) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido molesto/a por tener las piernas adoloridas o cansadas?
<input type="checkbox"/> siempre
<input type="checkbox"/> muchas veces
<input type="checkbox"/> a menudo
<input type="checkbox"/> algunas veces
<input type="checkbox"/> pocas veces
<input type="checkbox"/> casi nunca
<input type="checkbox"/> nunca
4) ¿Durante las últimas 4 semanas, cuán limitado/a ha estado por hacer deporte o ejercicio por culpa de su problema de corazón?
<input type="checkbox"/> extremadamente limitado
<input type="checkbox"/> muy limitado/a
<input type="checkbox"/> bastante limitado
<input type="checkbox"/> moderadamente limitado/a
<input type="checkbox"/> algo limitado
<input type="checkbox"/> un poco limitado
<input type="checkbox"/> nada limitado/a
5) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido mareado/a o con sensación de flotar en el aire?
<input type="checkbox"/> siempre
<input type="checkbox"/> muchas veces
<input type="checkbox"/> a menudo
<input type="checkbox"/> algunas veces
<input type="checkbox"/> pocas veces
<input type="checkbox"/> casi nunca
<input type="checkbox"/> nunca
6) ¿En general, durante las últimas 4 semanas, cuán impedido/a ha estado por su problema de corazón?
<input type="checkbox"/> extremadamente limitado
<input type="checkbox"/> muy limitado/a
<input type="checkbox"/> bastante limitado
<input type="checkbox"/> moderadamente limitado/a
<input type="checkbox"/> algo limitado
<input type="checkbox"/> un poco limitado
<input type="checkbox"/> nada limitado/a
7) ¿Cuán falto de aire se ha sentido durante las últimas 4 semanas, mientras hacía sus actividades físicas cotidianas?
<input type="checkbox"/> extremadamente falto de aire
<input type="checkbox"/> muy falto/a de aire
<input type="checkbox"/> bastante falto/a de aire
<input type="checkbox"/> moderadamente falto/o de aire
<input type="checkbox"/> algo falto/a de aire
<input type="checkbox"/> un poco falto/a de aire
<input type="checkbox"/> nada falto/a de aire

8) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, ha sentido dolor en el pecho mientras hacía sus actividades cotidianas?
<input type="checkbox"/> siempre
<input type="checkbox"/> muchas veces
<input type="checkbox"/> a menudo
<input type="checkbox"/> algunas veces
<input type="checkbox"/> pocas veces
<input type="checkbox"/> casi nunca
<input type="checkbox"/> nunca
9) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, no se ha sentido seguro/a de cuánto ejercicio o actividad física debería hacer?
<input type="checkbox"/> siempre
<input type="checkbox"/> muchas veces
<input type="checkbox"/> a menudo
<input type="checkbox"/> algunas veces
<input type="checkbox"/> pocas veces
<input type="checkbox"/> casi nunca
<input type="checkbox"/> nunca
10) ¿En general, durante las últimas 4 semanas, cuán restringido/a o limitado/a físicamente ha estado por su problema del corazón?
<input type="checkbox"/> extremadamente limitado
<input type="checkbox"/> muy limitado/a
<input type="checkbox"/> bastante limitado
<input type="checkbox"/> moderadamente limitado/a
<input type="checkbox"/> algo limitado
<input type="checkbox"/> un poco limitado
<input type="checkbox"/> nada limitado/a
Dimensión SALUD EMOCIONAL
1) ¿En general, cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas, se ha sentido frustrado/a, impaciente o enojado/a?
<input type="checkbox"/> siempre
<input type="checkbox"/> muchas veces
<input type="checkbox"/> a menudo
<input type="checkbox"/> algunas veces
<input type="checkbox"/> pocas veces
<input type="checkbox"/> casi nunca
<input type="checkbox"/> nunca
2) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inútil, o que era un estorbo o incompetente?
<input type="checkbox"/> siempre
<input type="checkbox"/> muchas veces
<input type="checkbox"/> a menudo
<input type="checkbox"/> algunas veces
<input type="checkbox"/> pocas veces
<input type="checkbox"/> casi nunca
<input type="checkbox"/> nunca

3) ¿En las últimas 4 semanas, cuantas veces se ha sentido muy confiado/a y seguro/a de lo que podría hacer frente a su problema del corazón?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

4) ¿En general, cuántas veces se ha sentido desanimado/a, o deprimido/a durante las últimas 4 semanas?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

5) ¿Durante las últimas 4 semanas, cuánto tiempo se ha sentido relajado/a y libre de tensiones?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

6) ¿Qué tan feliz, satisfecho/a o contento/a, se ha sentido en su vida personal durante las últimas 4 semanas?

muy insatisfecho/a o infeliz la mayor parte del tiempo

generalmente muy insatisfecho o infeliz

algo insatisfecho/a o infeliz

feliz la mayor parte del tiempo

generalmente satisfecho/a o feliz

muy feliz la mayor parte del tiempo

extremadamente feliz, podría estar más satisfecho/ao contento

7) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inseguro/a o falto/a de confianza en si mismo/a?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

8) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido aprensivo/a o asustado/a?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

9) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido con ganas de llorar?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

10) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido como si fuera una carga para los demás?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

Dimensión SALUD SOCIAL

1) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido más independiente de otras personas antes de tener su problema de corazón?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

2) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de hacer sus actividades sociales habituales o sus actividades sociales con su familia?

siempre

muchas veces

a menudo

algunas veces

pocas veces

casi nunca

nunca

3)¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, ha pensado que otras personas no tienen la misma confianza en usted que antes tener su problema del corazón?

- siempre
- muchas veces
- a menudo
- algunas veces
- pocas veces
- casi nunca
- nunca

4)¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, ha sentido como si su familia le protegiera demasiado?

- siempre
- muchas veces
- a menudo
- algunas veces
- pocas veces
- casi nunca
- nunca

5)¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido excluido/a de hacer cosas con otras personas a causa de su problema del corazón?

- siempre
- muchas veces
- a menudo
- algunas veces
- pocas veces
- casi nunca
- nunca

6)¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de relacionarse con la gente a causa de su problema del corazón?

- siempre
- muchas veces
- a menudo
- algunas veces
- pocas veces
- casi nunca
- nunca

7)¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, ha sentido que su problema del corazón limitaba o dificultaba sus relaciones sexuales?

- siempre
- muchas veces
- a menudo
- algunas veces
- pocas veces
- casi nunca
- nunca