

República de Cuba
Filial de Ciencias Médicas, Morón.
Policlínico Universitario Sur de Morón.

Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación,
Reinserción Social y Laboral de pacientes con
Enfermedades Cardiovasculares.

Autora: Dra. Diana Carolina Calunia Rojas.

2015

República de Cuba
Filial de Ciencias Médicas, Morón.
Policlínico Universitario Sur de Morón.

Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación,
Reinserción Social y Laboral de pacientes con
Enfermedades Cardiovasculares.

Tesis en opción a Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral

Autora: Dra. Diana Carolina Calunia Rojas.
Residente del Segundo Año en Medicina General Integral.
Policlínico Universitario Sur. Municipio Morón.

Tutor: MSc. Dr. Alberto Rivero León.
Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.
Máster en Ciencias Pedagógicas de la Educación Superior.
Investigador Agregado.
Profesor Asistente.

2015.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sinceramente a todos los que, de alguna forma, sin percatarse, a veces, de forma desinteresada y con sabiduría me alentaron, me apoyaron y me ayudaron en la realización de mis aspiraciones y que contribuyeron a la materialización de del presente proyecto, en especial a mis padres, mis hermanos, a Gustavo y al MSc. Dr. Alberto Rivero León, Profesor y amigo personal.

DEDICATORIA.

A mis Padres. Por apoyarme incondicionalmente en este intento.

A mis Hermanos. Por su paciencia desmedida.

A Gustavo. Por su amor infatigable y reconfortante.

Al profe Alberto. Por sus sabios consejos.

A mi País. Por haber confiado en mí.

A Fidel y a la Revolución Cubana. Por la oportunidad que me han brindado.

RESUMEN

La falta de implementación de la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón constituye el problema que conlleva a realizar un estudio retrospectivo, observacional descriptivo. Cuenta con un universo de estudio de 95 pacientes, los cuales fueron sometidos a dos encuestas al inicio y término de la rehabilitación. Se trazaron objetivos específicos como: distribuir los pacientes en rehabilitación según variable demográfica, establecer la causa de rehabilitación, tiempo de tratamiento en rehabilitación, técnicas de rehabilitación más empleada, resultado de la rehabilitación obtenida y secuelas que recidivaron. Existió un predominio del sexo masculino incorporado a la rehabilitación, el grupo de edad entre los 50 y los 69 años prevalece. Son los pacientes de la piel blanca los que con mayor frecuencia inciden, es la Angina de Pecho la que más incurre en las posibilidades de rehabilitación de todas las modalidades de la Cardiopatía Isquémica. El mayor tiempo de rehabilitación al cual se sometieron los pacientes fue de los 3 meses, siguen siendo la actividad física pasiva, la terapia ocupacional y la deambulacion, las técnicas de rehabilitación más utilizadas. Fueron rehabilitados totalmente 78 pacientes, es el dolor precordial la secuela que se presentó durante la rehabilitación. La aplicación de la tercera fase del protocolo de rehabilitación trae resultados favorables a los pacientes sometidos a las mismas.

ÍNDICE

Introducción.....	1 – 6
Marco Teórico.....	7 - 21
Material y Método.....	22- 25
Resultados y Discusión.....	26 - 35
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Bibliografía.....	38 - 44
Anexos	

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad de las arterias coronarias es todavía la principal causa de muerte en muchos países del mundo occidental. El infarto agudo de miocardio (IAM) supone alrededor de un tercio de esta mortalidad. La cardiopatía isquémica (CI), entidad llamada por muchos el azote de la vida moderna, es hoy la primera causa de muerte en los países desarrollados, donde debido al alto estándar de vida y al desarrollo científico-técnico alcanzado, es posible cumplir dos de las premisas fundamentales para el desarrollo de esta enfermedad, que son: el aumento de la expectativa de vida y el control o minimización de las enfermedades transmisibles (1).

En países en vías de desarrollo y subdesarrollados como Cuba, las defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles se han incrementado y entre ellas las enfermedades cardiovasculares ocupan un lugar destacado. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumentó considerablemente entre 2008 y 2009, del 11.8% al 19.4% del total de defunciones por causa conocida. Hoy ocupan el segundo lugar entre las causas de muerte más frecuentes, solo superadas por los tumores malignos (2).

La patología coronaria alcanza actualmente proporciones epidémicas; según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta patología es responsable de un tercio de las muertes en varones entre 45 y 54 años de edad y de la muerte de 4 de cada 10 varones en todos los grupos de edades. En Cuba esto se comporta de forma similar siendo esta la segunda causa de muerte en la población activa (2).

El mecanismo fisiopatológico más importante de isquemia es una reducción primaria del aporte de oxígeno al miocardio, es decir un aumento de la demanda con relación a la oferta de oxígeno al miocardio, debido a una disrupción de la placa aterosclerótica con trombosis asociada y vasoconstricción (3).

Salvando las distancias entre las atipicidades, que son muchas y en ocasiones confunden a los más experimentados, hay que admitir que la clínica de la cardiopatía

isquémica descrita hace más de 200 años no ha sufrido variaciones sustanciales hasta nuestros días.

Existe el consenso en aceptar los llamados síntomas prodrómicos que se presentan generalmente horas o días antes del cuadro principal, y que están constituidos por precordialgias intermitentes, palpitaciones, arritmias, malestar indefinido, etc. El ataque isquémico es por lo general súbito.

La cardiopatía isquémica (ischemic heart disease, IHD) causa más muertes y discapacidades y tiene un costo monetario mayor que cualquier otra enfermedad en los países desarrollados. Es la enfermedad más común, grave, crónica y peligrosa en Estados Unidos, donde más de 12 millones de personas la padecen; más de seis millones, sufren de angina de pecho y más de siete millones, han padecido un infarto de miocardio. La cardiopatía isquémica guarda relación estrecha con la alimentación a base de abundantes grasas y carbohidratos, tabaquismo y vida sedentaria. (4)

En Estados Unidos y Europa occidental está aumentando entre los pobres, pero no entre los ricos (quienes han adoptado un estilo de vida más saludable), mientras que la prevención primaria ha retrasado esta enfermedad hasta etapas posteriores de la vida en todos los grupos socioeconómicos. La obesidad, resistencia insulínica y diabetes mellitus tipo 2 están aumentando y constituyen factores de riesgo importantes para la cardiopatía isquémica. Con la urbanización en el mundo desarrollado, los factores de riesgo para padecer cardiopatía isquémica están aumentando rápidamente en estas regiones. Se prevé un gran incremento de la cardiopatía isquémica en todo el mundo, probablemente se convierta en la causa más frecuente de muerte hacia el año 2020. (5)

Siguen siendo las personas de la piel blanca los más afectados y los hombres representan el mayor número de casos en cualquier estudio realizado, las mujeres mayores de 50 años tienen mayor tendencia de padecer de estas enfermedades, al parecer relacionadas con el papel protector de los estrógenos, pues a partir de esta edad comienza a menguar la producción de estos en el organismo.

Se define la rehabilitación cardíaca como el conjunto de actividades necesarias para que el enfermo coronario llegue a un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social, por medio del cual puede integrarse por sus propios medios a la sociedad e insta a que todos los pacientes, independientemente de la edad, reciban orientación y se les ofrezca un programa de rehabilitación cardíaca con un componente de ejercicio. (6)

Cuba muestra similar comportamiento en relación con la incidencia acumulada, pues sigue siendo la cardiopatía isquémica la segunda causa de muerte y de invalidez en la población cubana. Al parecer, estudios bien estructurados y argumentados, demuestran el alto significado que tiene la genética humana en este proceso, todo lo cual revierte en condicionante que exacerban los factores de riesgo que presentan algunos pacientes de padecer de estas enfermedades. (7)

En el Municipio Morón esta entidad se comporta de la misma forma que en el país, pues fundamenta la segunda causa de muerte, solo superada por los Tumores Malignos. De igual forma se reporta en el Área de Salud Sur de Morón, todo lo cual presupone el desarrollo de investigaciones como la presente que pongan al descubierto las causas que originan la aparición de estos eventos cardiovasculares y que a la vez faciliten y fundamenten investigaciones que garanticen el reordenamiento de las principales acciones preventivas de salud que permitan en lo posible reducir la aparición de esta enfermedad.

En los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular Sur del Área Sur de Morón, el territorio cuenta con un relieve llano sin predominios de elevaciones, el clima es tropical, muy carente de lluvias y con escasos periodos de invierno. Cuenta con diferentes instalaciones públicas como escuelas primarias y secundarias, hogar de anciano, base de ómnibus, tiendas, farmacia, etc. Sus calles en su gran mayoría asfaltadas e iluminadas. El agua de consumo es a través de acueducto, su población es predominantemente urbana. Se presenta similar situación en relación con la incidencia acumulada de esta patología acumulando un total de 348 pacientes portadores de Enfermedades

Cardiovasculares, representando uno de los principales factores de riesgo que atañan a la población con riesgo de morir, todo lo anterior constituye prioridad dentro del accionar de la atención médico-preventivo, tal situación forma parte de las manifestaciones **de la problemática**, entre las que se encuentran:

1. Que no se implementa la tercera fase del Protocolo de Rehabilitación establecido para los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares en los Consultorios del médico y la enfermera de la familia y por el Equipo Básico de Salud.
2. Insuficiente pesquisa activa de la enfermedad, lo cual falsea las estadísticas y propicia que exista morbilidad oculta.
3. Pobre actividad preventiva por parte del equipo básico de salud.
4. Alta incidencia de los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la enfermedad.
5. Elevados índices de consumo de sustancias tóxicas que contribuyen a la ocurrencia de esta noxa.
6. Modos y Estilos de vida de muy mala calidad.

Por lo que planteamos el siguiente **problema científico**: ¿Qué resultados se obtendrían con la implementación de la tercera fase del Protocolo de Rehabilitación establecido para los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares en los consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón en el año 2015?

Una vez que se encuentra definido el problema científico fue necesario definir el **objeto** de la investigación quedando identificado los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares.

El **Campo** de la presente investigación quedó definido como la rehabilitación de los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares.

Entre los **objetivos** perseguidos por la investigación quedaron establecidos los siguientes:

Objetivo General:

Implementar la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón en el año 2015.

Objetivos Específicos:

1. Distribuir los pacientes sometidos a rehabilitación según variable demográfica.
2. Establecer la causa más frecuente de rehabilitación.
3. Definir el tiempo de tratamiento de la rehabilitación.
4. Identificar las técnicas de rehabilitación más empleadas.
5. Mencionar el resultado de la rehabilitación obtenida.
6. Precisar las secuelas que comúnmente recidivaron.

Para solucionar tal problemática y dar cumplimiento a los objetivos propuestos fue necesario establecer las **tareas de la investigación** que facilitaron la solución. Estas fueron:

1. Descripción nosológica y científica de la morbilidad por Enfermedades Cardiovasculares.
2. Descripción del comportamiento de las Enfermedades Cardiovasculares.
3. Que métodos se emplearon para determinar la morbilidad por Enfermedades Cardiovasculares.
4. Establecer los resultados y resaltar la discusión que permita comparar estos resultados con relación a otras investigaciones relacionadas con las Enfermedades Cardiovasculares.
5. Determinar las conclusiones obtenidas y plasmar las recomendaciones pertinentes.

Hipótesis. La implementación y puesta en práctica de la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón, permite optimizar el uso de implementos, tecnología y recursos presentes en los servicios que se brindan en el Área de Salud, así como de sus profesionales en función de poder brindar este servicio a los tantos pacientes que pudieran estar afectados por esta entidad que limita verdaderamente sus vidas, además de mejorar la calidad en su atención y que permita brindar un servicio de excelencia.

La **novedad y actualidad** de la investigación estriba en el desempeño del actuar médico que facilita el proceso de rehabilitación de los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón, aportando los elementos necesarios que faciliten estudios similares con el propósito de controlar la enfermedad y prevenir sus complicaciones.

El aporte científico, económico y social estriba en lo **económico** en que es posible controlar la enfermedad sin el uso de medicamentos, lo que representa ahorros significativos para el país, la familia y el propio paciente; Y lo **social** representa la posibilidad de que los pacientes una vez rehabilitados y tratados puedan incorporarse a su vida social sin temor a sufrir las temidas complicaciones de la enfermedad. El aporte **científico** resalta en la posibilidad de conocer la real magnitud de la enfermedad, sus dimensiones y su espectro.

MARCO TEÓRICO.

Las primeras referencias sobre la sangre y su relación con la vida se tienen del gran Emperador chino TIM JUA, del año 260 a c., el cual en sus descripciones compara el corazón y los vasos que a este le llegan con el caudaloso Rio Amarillo y sus afluentes. Hace también una exhaustiva descripción del resto de la circulación pulmonar y del sistema circulatorio periférico. Solo detalla la existencia de vasos de diferentes calibres sin establecer la diferencia entre las arterias y las venas. Algunas otras referencias se tienen de los egipcios que la describían como la enfermedad del calor, se referían a las manifestaciones que se producían en los pacientes que padecían de la enfermedad y que por desconocimiento no eran tratada, sin tratamientos que logaran el alivio de los síntomas. (8)

En papiros egipcios como el de Ebers, el más conocido, que data del 3700-1500 a.n.e. aparecen referencias específicas a distintas enfermedades cardiacas con indicaciones terapéuticas para las diversas manifestaciones clínicas de la enfermedad y entre las que se destacan las auténticas sangrías practicadas hasta mediados del siglo XIX, de las cuales se tienen referencias en Cuba, utilizadas con frecuencia como tratamiento de las afamadas "JAQUECAS". Por otra parte, los egipcios fueron hábiles en la inmovilización de los pacientes portadores de dolores torácicos relacionados con enfermedades cardiacas, a las que sin tener un diagnóstico preciso era capaces de diferenciar de otros dolores de esta anatomía. (8,10)

En algunas losas sepulcrales de ancestrales lugares destinados a los entierros de las personas de la clase media del Antiguo Egipto figuran esculpidos algunos dibujos relacionados con el corazón como órgano, haciendo referencia a este como causa de muerte. Esta cultura, al parecer, se trasladó a la Europa renaciente donde se comienzan a comprender las enfermedades del corazón como causas de muertes inminentes. (9)

La primera alusión directa que se conoce en relación con los efectos favorables del ejercicio en la enfermedad coronaria la hizo Heberden en 1768 en su disertación en el Royal College of Physicians y después publicada en Londres en 1802 en su libro La Historia y Cura de las Enfermedades, cuando comunicó: yo supe de un paciente que padecía de angor pectoris que se dedicó a diario a aserrar madera y después de algún tiempo se alivió.

La Angina de Pecho es un síndrome de malestar en el pecho y zonas subyacentes que se debe a hipoxia transitoria y reversible del miocardio. El término fue creado originalmente por William Heberden, cuya descripción de 1768 no ha sido mejorada mucho. (10)

“Hay un trastorno del pecho que se caracteriza por síntomas intensos y peculiares, considerables para el tipo de peligro en relación con la enfermedad y no en extremos raros que merecen mencionarse con mayor amplitud”.

El punto culminante de la investigación de la anatomía circulatoria lo hizo también Willian Harvey (1578-1657), quien también estudió en Cambridge y de allí se trasladó a Padua, que era el centro del conocimiento anatómico del Renacimiento. Regresa a Londres donde publicó el libro *Excercitatio Anatomica Motu Cordet Sanguinis in Animalibus*, que es en la actualidad un dechado de claridad y precisión. (11)

Harvey no solo estableció conceptos claros de anatomía, sino también hizo estudios de la función. Así comprobó que el corazón actuaba como una bomba que se contrae en sístole y que la sangre, desde el ventrículo derecho llegaba a los pulmones por la arteria pulmonar, mientras que también en sístole el ventrículo izquierdo la envía a través de la aorta al resto del organismo. Introdujo el concepto de que las aurículas nos son reservorios pasivos y que se contraen en fases al igual que los ventrículos. Confirmó la ausencia de agujeros entre los ventrículos y que la sangre circula siendo un circuito cerrado. Solo le faltó mencionar los capilares que no fueron descritos

hasta que se descubrió el microscopio, aunque aceptó que había una forma de comunicación entre las arterias y las venas. (12,14)

Marcelo Malpighi (1628-1694), graduado en la universidad de Bolonia y Catedrático de la Universidad de Pisa, valiéndose del microscopio descubrió los capilares que unían las arterias pulmonares con las venas. (13)

Evolucionó el tiempo hasta que en el siglo II después de Cristo, el médico Griego Galeno, quien vivió en Roma, describió que la sangre se formaba en el hígado y pasaba al ventrículo derecho tras la diástole. El aire de los pulmones llegaba al ventrículo izquierdo durante la sístole, desde donde la sangre era impulsada hacia la circulación periférica. Este concepto y el de los cuatro humores, el sanguíneo, el flemoso, el biliar amarillo y el biliar negro influenciaron la ciencia de la época y la de la naciente Edad Media. Si bien actualmente muchos de los conceptos galénicos suenan primitivos. Él fue quien introdujo el concepto de sangre, circulación arterial, oxigenación pulmonar y bombeo cardiaco. (14)

Aportes significativos hace también el médico griego Herófilo, del siglo III, quien logró diseccionar el primer cadáver y establecer ciertos términos limítrofes que desde el punto de vista anatómico contribuyeron a esclarecer ciertos elementos fisiológicos. Es quien por primera vez establece el término de corazón como bomba. (15)

En el siglo XIII, la medicina árabe seguía desarrollándose. Ibn an-Nanfis describió la circulación pulmonar negando el concepto de la comunicación entre los ventrículos. (16)

Ya en el siglo XVI Andreas Vesalio (1514-1564), profesor de anatomía en Lovaina a la edad de 18 años, médico de Carlos I y de Felipe II de España, tal vez influenciado por las ideas árabes sobre la circulación que llegaban a la península Ibérica, rebatió a Galeno y publicó en 1543 de Corporis Humanis Fabrica, un libro detalladamente ilustrado que corregía muchos de los errores de Galeno en sus explicaciones

textuales. Excepto la de los capilares que unen las arterias con las venas. El concepto anatómico que tardó casi un siglo en reconocerse se ajusta a la mayor realidad. (17)

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte y fuente de discapacidad en los países desarrollados. Con el importante consumo de recursos humanos y económicos que esto conlleva no es de extrañar que las distintas organizaciones sanitarias traten de promover la puesta en marcha de estrategias orientadas a la prevención de las mismas. En este contexto surge, como una herramienta eficaz y rentable, el desarrollo de programas de prevención y rehabilitación cardíaca (RC).

Ya el ejercicio físico era recomendado en la Grecia clásica por Asclepiades de Prusa (124-40 a.c.), en todas las enfermedades, incluidas las cardiopatías, y posteriormente a principios del siglo XIX. Sin embargo, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX toda esa filosofía cambió, tendiéndose al tratamiento en general de las enfermedades con el reposo. Los enfermos con infarto agudo de miocardio (IAM), permanecían en cama de seis a ocho semanas, en un sillón durante seis meses y no se les permitía subir ni pequeños tramos de escalera durante su primer año de convalecencia, por lo que el retorno a la actividad socio-laboral era excepcional y la invalidez físico-psíquica en mayor o menor grado dominó a estos enfermos. (18)

En los años 50 se produjo un cambio radical de ideas, comenzaron a proliferar los estudios de investigación clínica en los que se demostraba una distinta incidencia de enfermedad coronaria entre los sujetos activos y los sedentarios, así como los efectos nocivos del reposo prolongado. Por otro lado, los estudios experimentales realizados por autores escandinavos y americanos permitieron un perfecto conocimiento de los efectos del ejercicio físico en individuos sanos y en cardiópatas. (19, 22)

Todo esto derivó a que, en 1963, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra recomendó la realización de programas de actividad física para pacientes cardíopatas, englobados a través de la RC y definió los objetivos de la misma en su Informe número 270 como: El conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardíopatas una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad. Paralelamente también en los años cincuenta se pusieron en marcha varios estudios epidemiológicos para aclarar las causas de la ECV, ya que, con el descubrimiento de los antibióticos y la aplicación de medidas de salud pública para controlar las enfermedades infecciosas, esta pasó a ser la causa más importante de mortalidad y comenzó a aumentar rápidamente, pero se sabía muy poco de sus orígenes y causas. (20)

Históricamente se han definido alrededor de 10 denominaciones a esta enfermedad, desde el “Síndrome de Oclusión Coronaria Inminente” dado por Simpson en 1937, pasando por el “Síndrome Coronario Intermedio” emitido por Graybiel en 1955 hasta el término actual emitido por Flower en 1970. (21)

Sus manifestaciones clínicas han sido descritas por diversos autores, todos los que han coincidido en describirlas de diversas formas, pero siempre coincidiendo en características y detalles.

Han evolucionado los términos empleados para definir con mayor claridad los síntomas de la enfermedad y la clasificación de la misma, la cual no ha estado sujeta a grandes cambios, no así a sus bases fisiopatológicas, las cuales en la actualidad son conocidas a profundidad. (22)

A partir de la segunda década de este siglo, cuando ya se habían identificado los signos electrocardiográficos del infarto del miocardio, los pacientes eran sometidos a un reposo en cama prolongado, desde 6 a 8 semanas según las recomendaciones de Lewis. Esta conducta pareció ser posteriormente apoyada por las observaciones

de Mallory y colaboradores en 1939 sobre el proceso de cicatrización post infarto del miocardio que según ellos tomaba entre 4 a 6 semanas en completarse. (22, 23)

En 1944 Samuel Levine inició en Boston, en el Hospital Peter Bent Brigham, lo que puede considerarse el primer paso en rehabilitación cardíaca, cuando empezó a sentar en un sillón a sus pacientes con infarto del miocardio por 1 a 2 h diarias al día siguiente de su admisión. Levine demostró, venciendo la oposición inicial de muchos de sus colegas, los beneficios en la recuperación física y psicológica de los pacientes y la ausencia de consecuencias deletéreas. A partir de entonces se desarrolló un intenso interés en los efectos del ejercicio físico tanto en el individuo normal como en la enfermedad coronaria estimulando a partir de 1970 el desarrollo de los primeros programas de rehabilitación cardíaca en los EEUU, Canadá y algunos países europeos. (23)

Los primeros esfuerzos fueron orientados a estructurar un programa de actividades físicas destinadas a permitir una reintegración más precoz a una vida normal del paciente después de un infarto del miocardio. Posteriormente se incorporaron pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria, reemplazo valvular, trasplante cardíaco, angioplastia coronaria, o aquellos con múltiples factores de riesgo coronario con el mismo objetivo. (24)

En 1948 el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos inició el Framingham Heart Study, con la finalidad de estudiar la epidemiología y los factores de riesgo de la ECV. Cuatro años después de iniciado el Framingham Heart Study, los investigadores identificaron el colesterol elevado y la tensión arterial (TA) alta como factores importantes en el desarrollo de la ECV. (25)

En los años siguientes, este y otros estudios epidemiológicos contribuyeron a identificar otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que ahora se consideran clásicos. Al acuñar la expresión factor de riesgo, el Framingham Heart Study facilitó un cambio en el ejercicio de la medicina. (26)

Estos resultados pusieron de manifiesto que gran parte de la mortalidad prematura debida a ECV e ictus se producía en individuos con una propensión general a la aterosclerosis, y en el contexto de unos factores de riesgo identificados que aparecían mucho antes que los síntomas clínicos. Estas observaciones alentaron a los médicos a poner mayor énfasis en la prevención, así como en la detección y el tratamiento de los factores de riesgo, además de facilitar a los individuos la percepción de que podían reducir personalmente su riesgo de ECV. Por todo esto, en los años setenta la RC comienza a tomar un giro multidisciplinar que va más allá del entrenamiento físico supervisado, apoyado con programas nutricionales, clínicas de abandono de tabaco y apoyo psicológico por el tipo de personalidad de los pacientes incluidos y por lo traumático para algunos de ellos del evento vivido, con resultados favorables sobre la morbilidad y la mortalidad, quedando en definitiva así definido el campo de la prevención secundaria (PS) en la ECV. (27)

En 2005 la edición de la Guía de Práctica Clínica sobre RC de la American Heart Association (AHA) en colaboración con la American Association of Cardiovascular and Pulmonar y Rehabilitation (AACVPR) desarrolla ampliamente estos conceptos estableciendo que: Los servicios de RC son integrales, incluyen evaluación médica, prescripción de ejercicio, modificación de FRCV, educación y consejo. (27,29)

Estos programas están diseñados para limitar los efectos psicológicos, reducir el riesgo de reinfarto o de muerte súbita, controlar la sintomatología, estabilizar o revertir los procesos ateroscleróticos y mejorar el status psicosocial y laboral de los pacientes seleccionados.

Estos programas se fueron desarrollando en la década de los setenta por toda Europa Occidental. En España el primer centro que inició su actividad en RC lo hizo en 1974, aunque no fue hasta 5 años más tarde, con la apertura de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, que se desarrollaron los protocolos de intervención y las medidas terapéuticas en RC que se aplican actualmente, estableciendo así las bases que permitirían la proliferación

posterior de estas unidades por todo el país en la década de los noventa. Pese a ello, en la actualidad, sigue siendo el Hospital Ramón y Cajal el centro que rehabilita el mayor número de pacientes coronarios y es, sin duda, punto de referencia para la formación de profesionales sanitarios extranjeros y españoles que se inician en el campo de la Prevención y la RC. (28)

La inclusión de la práctica en la totalidad de las patologías cardiovasculares, la demostración de los beneficios clínicos y de reinserción socio-laboral con el consiguiente ahorro de recursos económicos, y la utilización de estrategias con un magnífico resultado costo-efectividad, parecerían constituirse como pilares fundamentales para la implantación definitiva de los programas de prevención y RC. Sin embargo, a pesar de la evidencia científica demostrada, estos permanecen todavía muy poco desarrollados. El porcentaje de pacientes incluidos en los programas de prevención y RC es aceptablemente alto en el norte de Europa (95% en Austria, 60% en los Países Bajos), mediano en EEUU (30-50%), en Francia e Italia ronda el 30% y es muy bajo en el sur de Europa y América Latina. En España el número de pacientes incluido en estos programas está en torno al 2-4%, con unos 20 centros aproximadamente en todo el país. En muchos países europeos los pacientes tras IAM o cirugía coronaria, inician y realizan el programa permaneciendo ingresados durante 3-4 semanas. (29)

En España los programas de prevención y RC se realizan de forma ambulatoria. La fase III se realiza principalmente en dos modalidades: domiciliaria o comunitaria (polideportivos municipales o gimnasios, centros de salud de atención primaria, clubes coronarios). Este tipo de programas comunitarios tienen gran desarrollo sobre todo en Suecia y Finlandia.

De acuerdo con las cifras de morbilidad conocidas y con el documento de la Organización Panamericana de la Salud, (Consulta Regional. Prioridades para la salud Cardiovascular en las Américas) las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbilidad y de mortalidad prematura en la mayoría de los países

de la región y comparten con otras enfermedades crónicas sus determinantes, factores de riesgo y necesidades de servicios. (30)

En 1985, el Colegio Americano de Cardiología realizara la aprobación para los programas de Rehabilitación Cardiovascular hasta la actualidad cuando se considera la Rehabilitación Cardiovascular como un modelo de atención integral que representa un continuo en la prevención secundaria y que incluye el manejo de cinco aspectos (intervención del riesgo, manejo de factores de riesgo incluyendo los psicológicos, promoción de estilos de vida saludables, ajuste de la intervención de acuerdo al género, minorías étnicas, y estado socioeconómico y evaluación de las intervenciones) lo cual ha ampliado el rol y el potencial de la misma. (24,31)

Estos programas se diseñan para limitar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad cardíaca, disminuyen el riesgo de muerte súbita o reinfarto, controlan síntomas cardíacos, estabilizan o revierten el proceso aterosclerótico y aumentan el estado sicosocial y orientación profesional de pacientes seleccionados.

A partir del año 2000 se conformó el Comité de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, el cual está conformado por médicos de diferentes especialidades (medicina física, medicina del deporte y cardiología), y por enfermeras, cada uno de los cuales a su vez lidera la Rehabilitación Cardiovascular al interior de sus asociaciones científicas. (32)

A partir del inicio del Proceso de Consulta Regional a mediados del año 2010 por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como parte de la Estrategia regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud, diferentes actores han venido trabajando en una o más de las cuatro (4) líneas de acción propuestas en dicha consulta (políticas públicas,

vigilancia, promoción de la salud y prevención de enfermedades, control integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo). (33,39)

Con participación de 39 programas de Rehabilitación Cardiovascular en Colombia, se publica la primera aproximación de algunas de las características de atención y los componentes de los programas. Se evaluaron los siguientes aspectos: descripción general de los programas en datos cualitativos y cuantitativos, los componentes y elementos de los programas y las características de los pacientes de rehabilitación cardíaca. teniendo en cuenta la revisión de estudios previos con características y objetivos similares, y la revisión de las guías de manejo y la literatura relacionada con los componentes, contenidos y recomendaciones de los Programas de Rehabilitación Cardiovascular. Participaron con el mismo cuestionario los países de Venezuela, Uruguay, Argentina, Brasil, Perú, Paraguay y Chile. (34)

Los resultados principales obtenidos para Colombia se pueden resumir en la evidencia de diferencias que existe entre algunos programas con relación a algunos de los componentes de atención y manejo integral y una baja cobertura (menor al 10%).

En la actualidad los programas de rehabilitación cardíaca no solamente incluyen los aspectos de ejercicio físico, sino que se han constituido en el primer eslabón logístico de la prevención secundaria de la enfermedad coronaria. (35)

La Rehabilitación Cardíaca puede caracterizarse en la actualidad como un programa que ofrece:

a) Un enfoque educacional multidisciplinario orientado principalmente a la prevención secundaria de la enfermedad coronaria.

b) Motivación y guía para inducir importantes cambios en los hábitos y conducta de los pacientes (dieta, tabaquismo, sedentarismo) con respecto a los factores de riesgo más importantes de la enfermedad coronaria

c) Iniciar a los pacientes en actividades de acondicionamiento y ejercicio físico apropiadas de por vida.

d) La oportunidad de monitorizar factores de riesgo significativos después de un evento coronario tales como la presión arterial, colesterol, tabaquismo, obesidad, diabetes. (35, 42)

Un interés creciente en el manejo del paciente con enfermedad coronaria se empezó a generar en Chile a fines de la década de 1960, época en la que se inauguró la primera Unidad Coronaria en este país (Hospital San Francisco de Borja).

A pesar del gran desarrollo ulterior en técnicas diagnósticas y de procedimientos de revascularización quirúrgica o intervencional coronarios en diversos centros asistenciales, se ha prestado menos atención a la rehabilitación cardíaca, salvo esfuerzos aislados de gran mérito. Hoy en día dos de las instituciones metropolitanas que imparten atención cardiológica avanzada a un volumen importante de pacientes tienen planes para iniciar a corto plazo programas de rehabilitación cardíaca. (36)

Es criterio de la autora que la Enfermedad Cardiovascular es potencialmente posible rehabilitar en fases tempranas, evitando complicaciones funestas para el paciente, es también posible lograr la conjugación del tratamiento intervencionista con el farmacológico y el rehabilitador para el logro de la reinserción total del nuevo individuo al seno de la familia y de la comunidad.

En Cuba la rehabilitación de pacientes con Enfermedad Cardiovascular ha sido tradicionalmente estructurado en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de La Habana y en general en todo el país en tres fases: hospitalaria, de convalecencia y de mantenimiento, siguiendo las recomendaciones del Consejo Científico de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad y Federación Internacional de Cardiología. (37)

El Protocolo de Rehabilitación de Base Comunitaria de la Enfermedad Cardiovascular establece que una vez que el paciente se ha incorporado a sus actividades laborales o sociales habituales se inicia la fase de mantenimiento de la rehabilitación (Fase III), la cual tiene una duración indefinida por considerarse una importante medida en la prevención secundaria, pero haciéndose mayor énfasis durante el primer año de evolución del infarto o la operación.

Cuando la evolución en tales pacientes ha sido satisfactoria se les puede prescribir un programa más intenso de ejercicios con los siguientes objetivos:

- a) Disminuir los síntomas y signos de la enfermedad, tanto en reposo como durante el ejercicio,
- b) Mejorar su capacidad de trabajo o aptitud física en relación con su actividad laboral específica,
- c) Intentar reducir la frecuencia de reinfarto miocárdico o muerte súbita cardíaca.

La fase de mantenimiento puede llevarse a cabo también en gimnasios, campos deportivos, parques, etc., de la Comunidad misma, con la participación y supervisión del Médico de Familia y otros integrantes del equipo de atención a nivel primario, muy generalizado actualmente en Cuba, los que mantienen en interrelación estrecha con los cardiólogos y otros especialistas consultantes, según las normas y directivas generales incluidas en el Programa Nacional de Rehabilitación Cardíaca en la Comunidad, auspiciado por el Ministerio de Salud Pública y que garantiza la atención integral y homogénea a todos los pacientes que por padecer alguna enfermedad cardiovascular la necesiten, independientemente de la zona o lugar donde residen. (38)

Objetivos de la fase de mantenimiento.

- ✓ Someter a carga excesiva al organismo sin provocar alteraciones y prepararlo para sus actividades normales dentro de la sociedad sin limitaciones.
- ✓ Aumentar su capacidad de trabajo físico.
- ✓ Contribuir a mejorar la zona isquémica residual. (39)

Ejercicios en la fase de mantenimiento

- En esta fase se realiza la gimnasia cardiovascular. Mantener el nivel logrado o alcanzar un grado óptimo de actitud física, sino se obtuvo tratamos de aumentar el entrenamiento
- El paciente esta reintegrado a sus actividades laborales, sociales, del hogar, deportivas y recreativas.

Se realizará bajo supervisión.

- Puede ser por medio de:
 - Ejercicios activos libres.
 - Complementos deportivos.
 - Entre 60 y 90 días del alta hospitalaria se realizará prueba de esfuerzo y se hará una evaluación integral determinándose su incapacidad total o parcial para el trabajo.

Posición inicial: Piernas a la anchura de los hombros, manos en la cintura.

1. Flexión de cuello al frente y atrás.
2. Rotación de cuello derecha e izquierda.
3. Circunducción de cuello derecha e izquierda.
4. Elevar los brazos al frente y bajar lateral.
5. Circunducción de hombros al frente y atrás.
6. Flexión lateral de tronco a la derecha con brazo contrario a la axila y viceversa.
7. Circunducción de cadera.
8. Circunducción de tronco.
9. Abdominales. Tomar FC.
10. Respiración diafragmática. En decúbito supino con piernas flexionadas.
11. Elevación en puntas de pie con apoyo de manos.
12. Cuclillas con apoyo de ambas manos. Tomar FC.
13. Flexión al frente y atrás del tronco.
14. Bicicleta. Tomar FC. Suave, progresiva.
15. Llevar los brazos al frente,,al lado y atrás con torsión de tronco.

16. Plataforma. Tomar FC. 1 minuto semanal hasta alcanzar 15 minutos.
17. Elevación en punta de pies sin apoyo.
18. Asalto lateral.
19. Circunducción de tobillos con apoyo de mano.
20. Trote. Tomar FC. 1 minuto semanal hasta alcanzar 15 minutos.
21. Caminata para la recuperación. Tomar FC final.
 - 8 – 10 Repeticiones durante el calentamiento.
 - Puede llegar a 25 repeticiones.
 - No aumentar la frecuencia cardiaca. (39, 40)

Contraindicaciones absolutas del mantenimiento.

- Extrasístoles aurículos ventriculares.
- Estenosis aórtica severa.
- Angina inestable.
- Arritmia ventricular no controlada.
- Aneurisma (relativa).
- HTA severa diastólica mayor de 115 mmHg.
- Tromboflebitis activa o reciente.
- Embolismo reciente.
- Insuficiencia cardiaca congestiva no controlada.
- Enfermedad infecciosa aguda. (41)

Contraindicaciones relativas del mantenimiento.

- Arritmia supraventricular no controlada.
- Arritmia ventricular.
- HTA moderada o no tratada.
- Aneurisma ventricular.
- Estenosis aórtica moderada.
- Diabético no controlado.
- Bloqueo auriculoventricular completo.

- Bloqueo completo de rama izquierda.
- Cardiomegalia.
- Anemia severa.
- Trastornos neuromusculares. (42)

Principios del Programa de Rehabilitación Cardiovascular.

- FRECUENCIA: Como mínimo 3 veces por semana.
- DURACION: 30 – 45 minutos.
- SISTEMATICIDAD.
- ESPECIFICIDAD: a mas duración menos intensidad.
- INTENSIDAD: necesaria para mantener la frecuencia cardiaca durante 20 – 30 minutos acorde al pulso de entrenamiento. (43)

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo con el objetivo de precisar la real utilidad del Protocolo de Base Comunitaria para lograr la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de los pacientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón, en el período comprendido entre el 3 de marzo del 2014 hasta el 1ro de marzo del 2015.

La **población** quedó integrada por todos los pacientes mayores de 18 años que padecen de Enfermedad Cardiovascular totalizando 348 pacientes pertenecientes al Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón.

Al universo de 348 se le aplicaron los criterios de inclusión que son:

- Pacientes que deseen participar en la investigación
- Pacientes que puedan ser sometidos a rehabilitación.

Y quedo entonces el universo de estudio conformado por 95 pacientes con Enfermedades Cardiovasculares.

Se utilizaron métodos y técnicas de diversos niveles, así tenemos que:

Nivel Teórico.

➤ Histórico – lógico: Se emplean con el propósito de conocer la evolución histórica que ha tenido la Enfermedad Cardiovascular en Cuba, para lograr una percepción más objetiva del fenómeno estudiado y comprender su movimiento y proyección.

➤ Analítico y sintético: Se utiliza con el propósito de comprender los nexos y las relaciones que se dan en el contenido, permite jerarquizarlo según su relación con el fenómeno objeto de estudio. Además, se emplea fundamentalmente en la elaboración del diagnóstico sobre el estado actual del problema, así como en la interpretación de

fuentes bibliográficas para determinar las posiciones teóricas que sustentan la solución del problema científico y para arribar a conclusiones.

➤ Enfoque de sistema: Permite establecer relaciones de jerarquía entre sus componentes y la relación con el contexto, todo lo que facilita la precisión en cuanto a la coherencia e integridad de las acciones a seguir para lograr el estudio de la morbilidad por Enfermedad Cardiovascular.

➤ Inductivo-deductivo. Se utiliza para seguir un orden lógico en los fundamentos teóricos del tema y arribar a conclusiones parciales y generales.

➤ Dialéctico-materialista. Es utilizado a lo largo de toda la investigación para conocer la evolución del tema de la investigación hasta la actualidad.

Nivel Empírico.

Técnicas:

➤ Encuesta: Se utiliza con el propósito de indagar acerca de las opiniones y los criterios de los pacientes implicados en la investigación, en relación con la Enfermedad Cardiovascular y de los resultados de la rehabilitación. (anexo 1 y 2)

Nivel Estadístico.

➤ De la Estadística Descriptiva se utilizaron las medidas de frecuencia absoluta (#) y relativas a través del análisis porcentual. Se emplea para expresar los diferentes resultados en tablas utilizando como medida de resumen de la información el por cientos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Número y porcentaje según sexo.
Edad	Cuantitativa continua	15-29 30-49 50-69 70 y más	Edad en años según Carnet de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad.
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanca Negra Mestiza	Se explica a sí mismo.	Número y porcentaje según color de la piel.
Causa más frecuente de rehabilitación	Cualitativa nominal politómica	Infarto Agudo de Miocardio Angina de Pecho Insuficiencia Cardíaca	Causa frecuente de rehabilitación presente en los pacientes	Número y porcentaje según causa de rehabilitación.
Tiempo de tratamiento de la rehabilitación.	Cuantitativa continua	3 6 9 12 +12	Meses de rehabilitación	Número y Porcentaje según meses de rehabilitación
Técnicas de rehabilitación más empleada.	Cualitativa nominal politómica	Ejercicios Activos Movilizaciones Pasivas Mecanoterapia Deambulaci3n Terapia Ocupacional	Si se le practica alguna de las técnicas empleadas	Número y Porcentaje según técnicas empleadas
Resultado de la rehabilitaci3n obtenida	Cualitativa nominal dicotómica	Total Parcial	Si logra alg3n tipo de rehabilitaci3n	Número y Porcentaje según rehabilitaci3n obtenida.
Secuelas que com3nmente recidivaron.	Cualitativa nominal politómica	Dolor Precordial Disnea Taquicardia Bradicardia Sudoraci3n Profusa Fatiga Muscular	Si presenta alguno de los s3ntomas ya mencionados	Número y Porcentaje según los s3ntomas que presente

Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia para su análisis e interpretación. Se realizó un informe final teniendo en cuenta los requisitos del Vicerrectorado de postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos. Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto a la vida humana
- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según Sexo.

SEXO	Nº	%
Masculino	72	75,79
Femenino	23	24,21
Total	95	100

Fuente: Encuestas

En la tabla 1 se distribuyen los pacientes según el sexo, donde se aprecia que existe un predominio importante del sexo masculino, representado por un total de 72 pacientes para un 75,79 %. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados. Recientemente se trató esta variable en el Medical Center of Pensilvania, Estados Unidos, cuyo estudio concluyó que es esta variable no modificable en la que mayor incidencia de la enfermedad se presenta, posiblemente esté relacionado con las hormonas masculinas que causan pérdida del efecto protector de sustancias antipresoras como la bradicinina. Otro elemento a considerar con relación a esta variable es que son precisamente los hombres los más afectados por el nivel de catecolaminas que genera su metabolismo el cual resulta ser más volátil que el de las mujeres. (44)

Otros estudios realizados en Canadá demostraron la capacidad de rehabilitación mostrada por el sexo masculino, quedando demostrado que resulta más elocuente la rehabilitación en el sexo ya mencionado, todo lo cual coincide con los resultados de la presente investigación. (45)

El papel protector de los estrógenos como hormona femenina también ha adquirido significación especial, pues con frecuencia se observa que las mujeres cuando entran en la fase climatérica o premenopáusica tienden a padecer de Cardiopatía

Isquémica y con mucha mayor frecuencia sufren los embates de muchas de sus complicaciones como lo son la Angina de Pecho y el Infarto Agudo de Miocardio. Al parecer estos estrógenos favorecen la síntesis de sustancias vasodilatadoras e inhiben de forma competitiva a otras de acción presora. Todo confluye en que los estrógenos estimulan la síntesis de óxido nítrico en el endotelio vascular de la red vascular epicárdica del corazón, sustancia encargada de producir la vasodilatación significativa y necesaria ante las cambiantes necesidades y demandas del músculo miocárdico. Estos resultados por su confluencia con diversas investigaciones lo hacen poco significativo. (46)

Tabla 2. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según Grupos de Edad.

GRUPOS DE EDAD	Nº	%
15-29	0	0
30-49	6	6,33
50-69	68	71,57
70 y más	21	22,10
TOTAL	95	100

La edad también es una variable importante en cualquier estudio que se realice sobre la Cardiopatía Isquémica, pues como es sabido la edad de aparición de esta enfermedad es directamente proporcional al pronóstico, las posibilidades de rehabilitación y la evolución de la misma. Así se tiene que una Cardiopatía Isquémica de comienzo en edades jóvenes cursa con muy mal pronóstico en relación a la que aparece pasado los 50 años, pues en estos casos la circulación colateral juega un papel preponderante en la tolerancia de las cargas de ejercicios y de las complicaciones. Su mayor frecuencia entre los 50 y los 69 años de edad se evidencian en la tabla 2, con un total de 68 pacientes y representando el 71,57 % de la muestra estudiada, lo cual no coincide con las estadísticas emitidas por el Ministerio de Salud de Cuba en su anuario estadístico, en el que podemos concertar la edad de 25 a 59 años como las de mayor riesgo para la aparición de la enfermedad y la posibilidad de aparición de sus complicaciones. Las estadísticas

emitidas por países como España y Portugal también discrepan de estos resultados, pues en su escenario es frecuente el mayor número de Isquémicos entre los del grupo de edad de 25 y 59 años. Este grupo de edad resulta vulnerable a esta patología por ser en esta etapa de la vida donde se exacerban los factores de riesgo de esta enfermedad. Destacan estos resultados como de muy mal pronóstico en relación con las posibilidades de rehabilitación teniendo en cuenta la poca tolerancia a las cargas físicas de estos pacientes. (47)

Investigaciones recientes realizadas en Chile por su colegio médico demuestran y ponen en evidencia la aparición de esta noxa entre la quinta y la sexta década de la vida, razones estas que se relacionan por diversos modos y estilos de vida muy estrechamente vinculados con el consumo de dietas poco saludables y la ingestión frecuente de alcohol. (48)

Son los ingleses los menos afectados por la Cardiopatía Isquémica en todo el viejo continente, razón está que los ha conducido a investigar en múltiples ocasiones grupos poblacionales en los que la incidencia acumulada de la enfermedad no sobrepasa el 10 % de la población mayor de 18 años. Todo parece indicar que son ellos los que menos razones genéticas tienen de padecer la enfermedad y por otra parte da la impresión de que los ingleses mantienen mejores modos y estilos de vida que les facilitan exceptuarse del padecimiento.

Es España por su expresión estadística el país de Europa que mayor incidencia acumulada muestra no solo de esta enfermedad, sino también de sus temidas complicaciones, Baste decir que el índice de mortalidad entre los españoles sobrepasa la media de las estadísticas emitida por la Organización Mundial de la Salud. Estudios realizados por varias universidades entre las que sobresalen la catalana, la asturiana y la de Barcelona denotaron que la alta tasa tanto de incidencia como de mortalidad por esta enfermedad está en relación con la mala genética de los españoles, sus hábitos alimentarios, sus hábitos de consumo de alcohol y cigarrillos. (49)

Tabla 3. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según Color de la

Color de piel	Nº	%
Negra	14	14,74
Mestiza	20	21,05
Blanca	61	64,21
Total	95	100

Piel.

Son los pacientes de la piel blanca los que con mayor frecuencia inciden en el presente estudio, representado por 61 pacientes para un 64,21%. Estos resultados coinciden con similares investigaciones realizadas en Sudáfrica, en la que se evidencia junto la clásica literatura médica cómo los pacientes de piel blanca son más afectados por esta enfermedad que los pacientes de piel negra.

Sendas investigaciones llevadas a cabo por el New Jornal of Medicine, revela la incidencia de esta enfermedad en también pacientes de piel blanca sin que se precisen las causas o factores que conllevan a la dinámica de esta variable no modificable. Se precisa en cuanta literatura se enuncie y revise que los pacientes de piel negra sufren con mayor severidad esta enfermedad y tienden a padecer de sus complicaciones con mayor crudeza. Su menor incidencia quizá sea por la severidad de la enfermedad, según data investigaciones realizadas en países africanos y desarrollados por los institutos de cardiología de Nueva Zelanda.

Algunos autores alegan que la coloración de la piel es una determinante que no tiene en cuenta los aspectos fisiopatológicos más importantes de esta enfermedad, incluso hacen alusión a los elementos genéticos involucrados en la génesis de esta noxa, por lo que será importante discernir sobre los elementos que determinan la no frecuencia de esta enfermedad en los pacientes de piel negra. Otros estudios realizados en Chile dan cuenta del papel protector que pudiera ejercer la melanina de estos pacientes. (50)

Tabla 4. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según la causa más frecuente.

CAUSAS	Nº	%
Infarto Agudo del Miocardio	37	38,94
Angina de Pecho	41	43,17
Insuficiencia Cardíaca	17	17,89
TOTAL	95	100

Es la Angina de Pecho la que más incide en las posibilidades de rehabilitación de todas las modalidades de la Cardiopatía Isquémica, tal como lo muestra la tabla 4, donde predomina esta entidad en 41 pacientes para un 43,17 %. Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas en el Instituto de Cardiología de la provincia de Santa Clara, donde se manifestó la posibilidad de rehabilitación de los pacientes isquémicos sobre todo en aquellos portadores de algunos tipos de Angina que evolucionan bien con el tratamiento médico. Así también es posible la rehabilitación de los pacientes portadores de Infarto Agudo de Miocardio; no así los pacientes portadores de Insuficiencia Cardíaca, pues a este nivel de atención acuden pacientes portadores de este tipo de Cardiopatía con cierto nivel de deterioro de la función miocárdica, lo cual resulta contraproducente su tratamiento rehabilitatorio. (51)

En Chile, recientes investigaciones demostraron la factibilidad de la rehabilitación precoz de todas las cardiopatías Isquémicas, teniendo en cuenta las tecnologías de punta introducidas en los tratamientos intervencionistas que muestran resultados cada vez más alentadores, capaces de reducir la mortalidad hasta niveles que oscilan en el rango del 1 %.

Otros estudios realizados en España, donde la morbilidad por Cardiopatía Isquémica muestra indicadores alarmantes, pues la incidencia y mortalidad por esta patología oscila en el rango del 37 %, demostraron la confiabilidad y la importancia

de la rehabilitación precoz de estas noxas, las cuales tienden a evolucionar mejor cuando se asocia al tratamiento farmacodietético el rehabilitatorio precoz. (52)

Tabla 5. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según el tiempo de tratamiento de la rehabilitación.

Meses	Nº	%
3	51	53.69
6	18	18.95
9	11	11.58
12	9	9.47
+12	6	6.31
Total	95	100

En la tabla 5 se distribuyen los pacientes en relación al tiempo de rehabilitación otorgado e individualizado a cada paciente según la patología presente en el mismo, donde se tiene el mayor tiempo de rehabilitación en los 3 meses representado por un total de 51 pacientes para un 53,68 %, lo que indica que la rehabilitación precoz unida a las diferentes formas de terapia utilizadas en este tipo de pacientes facilita la evolución médica de los mismos, garantizando una combinación perfecta entre terapia farmacológica y terapia rehabilitatoria con la finalidad de lograr mejores resultados terapéuticos que garantizan la plena incorporación de este tipo de pacientes a la sociedad, sin limitaciones concebidas hasta entonces.

En España el tiempo de rehabilitación aplicado a cada paciente es proporcionalmente directo a la respuesta terapéutica obtenida en cada caso, pues el intervencionismo cardiovascular favorece la evolución temprana de la enfermedad a estadios mejores relacionados con el pronóstico de la misma. (53)

Los esquemas rehabilitatorio aplicados a los pacientes guardan estrecha relación la evaluación Ergométrica de cada individuo, el soporte de carga física y el daño

demostrado por medios diagnóstico de alta tecnología que en la actualidad han superado las expectativas de vida que en otrora se tenía de las mismas.

En Estados Unidos según publicación del New Jornal of Medicine, se estima combinar periodos de rehabilitación con periodos de descarga física con el objetivo de alternar las cargas de soporte que faciliten la evaluación clínica de la enfermedad en busca de otras alternativas que faciliten la conformación de protocolos rehabilitatorios para enfrentar estas patologías. (54)

Tabla 6. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según las técnicas de rehabilitación más empleadas.

TECNICAS	Nº	% ⁿ⁼⁹⁵
Ejercicios Activos	89	93,68
Movilizaciones Pasivas	95	100
Mecanoterapia	85	89,47
Deambulaci3n	95	100
Terapia Ocupacional	95	100

Sigue siendo la actividad física pasiva y la deambulaci3n en sus diversas formas las técnicas de rehabilitaci3n que con mayor frecuencia se utilizan para el tratamiento rehabilitatorio de las Enfermedades Cardiovasculares, tal como se expresa en la tabla # 6, donde se les practica al 100 % de los pacientes las Movilizaciones Pasivas, la Deambulaci3n y la Terapia ocupacional.

La fisioterapia empleada en Cuba parte de los protocolos bien establecidos que permiten una rehabilitaci3n más integral del paciente, teniendo en cuenta la patología que presenta, el grado de la enfermedad y las secuelas dejadas por la misma. Lo anterior facilita aplicar más de una técnica en un mismo paciente, lo cual garantiza una fisioterapia integral, abarcadora y con principios de participaci3n familiar y comunitaria.

En Chile y Argentina se consideran estos elementos imprescindibles para el tratamiento en fase III de este tipo de enfermedad. Estudios multicéntricos realizados en institutos especializados de estos dos países ponen de manifiesto las reales posibilidades que ofrece este tratamiento con técnicas de similar contenido como las aplicadas en Cuba. (55)

En países de climas fríos como Estados Unidos y Canadá es frecuente el empleo de técnicas no o poco convencionales de fisioterapia, cediendo el lugar a planos menos importantes del tratamiento rehabilitatorio como es el caso de las escaleras o bicicletas estáticas como formas de tratamiento ergométrico y se añade a esto el empleo de estereras fijas que permiten un mayor control del paciente durante su actividad física, permitiendo evaluar la función cardiovascular y su respuesta durante la actividad física. (56)

En España la rehabilitación de las Enfermedades Cardiovasculares adquiere matices diferentes por la poca participación de la medicina familiar en este proceso, en tal sentido se demuestra la responsabilidad que adquieren las especialidades independientes, pues la rehabilitación física es practicada por técnicos destinados a rehabilitar al paciente en su propio hogar sin el concurso de un profesional experto en la materia. (57)

Tabla 7. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según el resultado obtenido.

REHABILITACIÓN	Nº	%
Total	78	82,11
Parcial	17	17,89
TOTAL	95	100

En la tabla 7 se distribuyen los pacientes según el resultado de rehabilitación obtenida en los pacientes sujetos al protocolo de rehabilitación, destacándose que

fueron rehabilitados totalmente 78 pacientes, lo que representa el 82,11 % de la muestra estudiada.

Los resultados de la presente investigación coinciden con investigaciones realizadas en el Reino Unido, donde se obtiene similares resultados rehabilitatorios una vez que son tratados los pacientes portadores de alguna de las variantes de la Cardiopatía Isquémica. Contribuye a esto, según el estudio realizado por la New Jornal of Medicine, la combinación de los tratamientos farmacológicos con la puesta en práctica de estilos de vida saludables y una adecuada rehabilitación. (58)

China exhibe los mejores resultados en relación con la rehabilitación en sentido general de este tipo de patología, pues su cultura milenaria se encuentra dotada de un sinfín de terapias, técnicas y procedimientos con resultados espectaculares en este campo de la medicina oriental. El empleo de técnicas no practicadas ni dominadas en ningún otro lugar, excepto en aquellos países donde se encuentre la presencia de descendientes de esta cultura, permite atrapar al paciente en un control importante de su energía tanto interna como externa, logrando la coordinación armoniosa de más de un sistema dentro de su propio organismo facilitando de esta manera la recuperación de funciones perdidas. (59)

Tabla 8. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según las secuelas que comúnmente recidivaron.

TIPO DE SECUELA	Nº	n=95
		%
Dolor Precordial	3	3,15
Disnea	2	2,10
Taquicardia	2	2,10
Bradicardia	1	1,05
Sudoración Profusa	1	1,05
Fatiga Muscular	1	1,05

En la tabla 8 se distribuyen los pacientes sometidos a rehabilitación según las secuelas que comúnmente residivaron, encontrándose que el dolor precordial se presentó en solo 3 pacientes representando el 3,15 % del total del universo de estudio. Se manifiestan también la disnea y la taquicardia como complicaciones, recidivas o claudicación de las enfermedades de base.

Se distingue que el dolor precordial como principal manifestación o manifestación cardinal de la Cardiopatía Isquémica se presenta en dependencia de la causa que da origen a la Cardiopatía, al tipo de tratamiento empleado, pues es bien conocido que el intervencionismo cardiovascular ha reducido considerablemente las complicaciones tan temidas de esta enfermedad, solo en aquellos casos en los que dicho tratamiento no permite una corrección del defecto que da lugar a la aparición de esta noxa es frecuente que ocurra este tipo de dolor. Situación similar ofrece la aparición de otras complicaciones como la Disnea y la taquicardia.

Investigaciones realizadas en España dan cuenta de los resultados alcanzados en relación con las complicaciones que pudieron aparecer en el período de rehabilitación, coincidiendo con los resultados obtenidos en la presente investigación, donde confluye el Dolor Precordial y la taquicardia.

Brasil da cuenta de sus resultados los cuales son realmente alentadores por lograr fases de rehabilitación más completas y la imbricación de elementos de la medicina oriental por la presencia de no pocas comunidades de China que han emigrado y han llevado con ellos técnicas de esta cultura, lo que ha permitido lograr el dominio de las mismas y ha dado por sentada su experiencia en este tipo de tratamiento. (60)

CONCLUSIONES.

Se logró implementar la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de pacientes con Enfermedades Cardiovasculares, se observó que sigue existiendo un predominio importante del sexo masculino incorporado a la rehabilitación por algún tipo de Enfermedad Cardiovascular, el grupo de edad entre los 50 y los 69 años prevalece. Son los pacientes de la piel blanca los que con mayor frecuencia inciden, es la Angina de Pecho la que más incurre en las posibilidades de rehabilitación de todas las modalidades de la Cardiopatía Isquémica. El mayor tiempo de rehabilitación al cual se sometieron los pacientes fue de los 3 meses, siguen siendo la actividad física pasiva, la terapia ocupacional y la deambulaci3n, las t3cnicas de rehabilitaci3n m3s utilizadas. Fueron rehabilitados totalmente 78 pacientes, es el dolor precordial la secuela que se present3 durante la rehabilitaci3n. Se demuestra que la aplicaci3n de la tercera fase del Protocolo de Rehabilitaci3n aporta resultados favorables a los pacientes sometidos a las mismas.

RECOMENDACIONES

1. Proponer a la Vicedirección de asistencia médica y al departamento docente cumplir dentro del accionar médico-preventivo de la Atención Primaria la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para Rehabilitación de pacientes con Enfermedades Cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antman EM et al: The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. JAMA 284:835, 2010 [PMID: 10938172].
2. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Cruz JJ, De Andrés B, Rey J. Mortalidad relacionada con la presión Arterial. Y la Hipertensión en España. Med Clin (Barc) 2013, 112: 489_494.
3. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Cruz JJ, De Andrés B, Rey J. Mortalidad relacionada Enfermedad Coronaria Aguda en España. Med Clin (Barc) 2010, 105: 325_424.
4. Barcelo Acosta M y Borroto Díaz G. estilo de vida: factor culminante la aparición y el tratamiento de la obesidad. Rev. Cub Istit Biomed 2011, 2 (4): 101-120.
5. Barcelo Acosta M y Borroto Díaz G. estilo de vida: factor culminante la aparición y el tratamiento de la obesidad. Rev. Cub Istit Biomed 2009, 20 (4): 287_295.
6. Barrón Rivera AJ, Torreblanca Roldan FL, Sánchez Casanova LI, Martínez Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente con Insuficiencia Cardiaca. Salud publica Brasil. 2008, 40 (6)
7. Barrón Rivera AJ, Torreblanca Roldan FL, Sánchez Casanova LI, Martínez Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente Cardiópata. Salud publica Brasil. 2011, 32 (4)
8. Boersma E et al: Platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in acute coronary, 2010.
9. Braunwald E et al: ACC/AHA guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task. 2012

10. Braunwald E: Unstable angina: A classification. *Circulation* 80:410, 2009 [PMID: 2752565].
11. Buergo Zuaznábar MA. Programa Nacional de prevención y Control de la Enfermedad Cerebrovascular. Actualización. *Rev. Cub. Invest Biomed* 2010, 20 (4).
12. Buergo Zuaznábar MA. Programa Nacional de prevención y Control de la Enfermedad cErebrovascular. *Rev. Cub. Invest Biomed* 2008, 20 (4).
13. Cabadés A, Pavesi M, González E, Torrado E, Francés M, Quintana S et al. Tiempo hasta la trombólisis en el IAM: el estudio PRIAMHO. *Med Intens* 2011; 20 (Supl 1): 6.
14. Cannon CP, Braunwald E et al: Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban. *N Engl J Med* 344:1879, 2011 [PMID: 11419424].
15. Cannon CP, Braunwald E: The electrocardiogram predicts one-year outcome of patients with unstable angina and non-Q wave myocardial infarction: Results of the TIMI III Registry ECG Ancillary Study. *J Am Coll Cardiol* 30:133, 2010 [PMID: 9207634].
16. Cannon CP, Braunwald E: Unstable angina, in Braunwald's Heart Disease, 7th ed, DP Zipes et al (eds). Philadelphia, Saunders, 2009.
17. Casiano LM. Enfermedades Cardiovasculares: Importancia de las interacciones psicológicas. *Psicología iberoamericana* 2012, 7 (2): 15_35.
18. Casiano LM. Hipertensión arterial: Importancia de las interacciones psicológicas. *Psicología iberoamericana* 2012, 10 (2): 64_71.

19. Ceniceros I, Gómez L, Rueda I, Cabadés A, Cebrián J, Atienza F et al. Muerte tardía súbita intrahospitalaria en el infarto agudo de miocardio ¿Ha variado su incidencia? Med Intens 2012; 20 (Supl 1): 9.
20. Did Núñez JP. Insuficiencia Cardíaca. Estratificación de riesgo. Rev. Cubana Med Gen Integr 2009, 10 (4): 423-514.
21. Did Núñez JP. Hipotensión Arterial. Estratificación de riesgo. Rev. Cubana Med Gen Integr 2010, 15 (6): 597_604.
22. Dueñas Herrera A. Angina de Pecho. Su control en el nivel primario de salud. Rev. Cub Med Gen Integr 2011, 8 (3): 195-213.
23. Dueñas Herrera A. Infarto agudo de miocardio. Su control en el nivel primario de salud. Rev. Cub Med Gen Integr 2010, 5 (4): 85_101.
24. Echanove I. Estudio de supervivencia al infarto de miocardio en los pacientes ingresados en la unidad coronaria del Hospital General de Valencia. Resúmenes de tesis doctorales 10.II. Universitat de Valencia: Serveis de Publicacions, 918, 2011.
25. Ferriz JA, Vera A, Suárez G, Torrado E, Rodríguez JJ, Álvarez JM et al. Sexo femenino y mortalidad tras el infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol 2011; 46: 796-801.
26. Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Unstable
27. García Rubira JC, Valverde B, Romero D, García Martínez JT, López V, Rojas J et al. La edad es un factor pronóstico independiente en el infarto agudo de miocardio. An Med Intern 2012; 12: 61-64.
28. Garini A, Emanuelli C, Fadin BM, Manzetti G, Distanti R, Arisi M. The effect of age on early and late mortality after an acute myocardial infarction. Minerva Cardioangiol 2011; 42: 259-268.

29. González de la Peña z, Benito Andrés, et al. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Hipertensión arterial: Estudio de 200 casos. Rev. Cub Med 2012, 41(3) :152_156.
30. González de la Peña z, Benito Andrés, et al. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Angina de Pecho: Estudio de 200 casos. Rev. Cub Med 2011, 54(2): 96_120.
31. Gutiérrez J. Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca. Cambio de estilo de vida. Colombia Medica 2011, 23: 56_71.
32. Gutiérrez J. Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica. Cambio de estilo de vida. Colombia Medica 2010, 32: 83_86.
33. Heeschen C et al: Soluble CD40 ligand in acute coronary syndromes. N Engl J Med 348:1104, 2007 [PMID: 12646667].
34. Henning h. Prognosis of acute myocardial infarction. En: Francis GS, Alpert JS, eds. Modern coronary care. Boston: Little, Brown, 2010; 689-722.
35. Cardiopatía Isquémica. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Comisión Nacional Técnica Asesora del programa de cardiopatía isquémica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2011.
36. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2010. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
37. Ketley D, Woodss KL. Impact of clinical trials in clinical practice: example of thrombolysis for acute myocardial infarction. Lancet 2011; 342: 891-894.
38. Landa J, García F, Sánchez ML, Nuñez A, Palacios J, Morales JM. Estudio prospectivo sobre el tiempo transcurrido hasta el ingreso en la Unidad Coronaria de los enfermos con infarto agudo de miocardio. A propósito de 180 casos. Med Clin (Hab) 2011; 94: 241-245.

39. Lee KL, Woodlief LH, Topol EJ, Weaver WD, Betriu A, Col J et al. Predictors of 30 day mortality in the era of reperfusion for acute myocardial infarction trial of 41,021 patients. Gusto-I Investigators. Circulation 2012; 91: 1.659-1.668.
40. Listerri JR, Rodríguez GC, alonso F, Banegas JR, González segura D. et al. Control y Rehabilitación de la Cardiopatía Isquémica cubana atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 20012. Med Clin (La Hab) 2012, 110: 312_615.
41. Listerri JR, Rodríguez GC, alonso F, Banegas JR, González segura D. et al. Rehabilitacion cubana atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2006. Med Clin (La Hab) 2010, 130: 681_687.
42. Lombera Romero F, Barrios alonso V, Soria Areos F, Placer Peralta L y Cruz Fernández JM. Et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española en cardiología en Enfermedad Cardiovascular. Rev. Esp. Cardiol 2013, 53: 66-90.
43. Lombera Romero F, Barrios alonso V, Soria Areos F, Placer Peralta L y Cruz Fernández JM. Et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española en cardiología en Enfermedades Coronarias Agudas. Rev. Esp. Cardiol 2012, 20: 35-50.
44. Macias Castro I. Epidemiología del Infarto Agudo de Miocardio. Acta Med 2009, 7 (1):15_24.
45. Macias Castro I. Epidemiología de la Angina de Pecho. Acta Med 2010, 20 (1):20_29.
46. Maria R, armario P, Banegas JR, Campo C, De la Sierra A, et al. Guía de Rehabilitación 2010. Infarto Agudo de Miocardio 2010, 22 (2) :1_84.11.
47. Maria R, armario P, Banegas JR, Campo C, De la Sierra A, et al. Guía de Rehabilitación 2009. Rehabilitación 2009, 14 (2) :1_84

48. Yanisleydi C, Castillo P, JR. Et al. Guía sobre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la Enfermedad Cardiovascular en Cuba 2011. Med Clin (Hab) 2010, 147: 12_30.
49. Maria R, De la Sierra A, Armario P, Campo C, Banegas JR. Et al. Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en España 2005. Med Clin (Barc) 2010, 125: 24_34.
50. Pasternak rc, braunwald e, sobel be. Acute myocardial infarction. En: braunwalde, 2010, ed. Heart disease. Philadelphia: wb saunders.
51. Roberts r, morris d, pratt cm, alexander rw. Pathophysiology, recognition, and treatment of acute myocardial infarction and its complications. En: schlant rc, alexander w, eds. Hurst's: the heart: arteries and veins, 8. A ed. New york: mcgraw-hill, 2010.
52. Roca Golderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Gómez Losada J, Rodríguez Serret Bet al. Temas de Medicina Interna. La Habana: editorial Ciencias Medicas 2009.
53. Roca Golderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Gómez Losada J, Rodríguez Serret Bet al. Temas de Medicina Interna. La Habana: editorial Ciencias Medicas 2012.
54. Simoons ML, Boersma E, van der Zwaan C, Deckers JW. The challenge of acute coronary syndromes. Lancet 2010; 353 (suppl II): 1-4.
55. Sociedad Argentina de Cardiopatía _ Liga para la lucha contra la Cardiopatía isquémica Guja sobre el diagnóstico y tratamiento de la Cardiópata isquémica 2012, 8 (6): 1_54.

56. Sociedad española de Hipertensión _ Liga española para la lucha contra la Hipertensión arterial. Guia sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2009. Hipertensión 2009, 19 (3): 1_74. syndromes: A meta-analysis of all major randomised clinical trials. Lancet
57. Théroux P, Fuster V. Acute coronary syndromes. Unstable angina and non Q wave myocardial infarction. Clinical cardiology: new frontiers. Circulation 2010; 97:1195-1206.
58. Thom TJ. International mortality from heart disease: rates and trends. Int J Epidemiol 1989; 18 (Supl): 20-28.
59. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos Psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas 2012, 1(2).
60. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos Psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas 2008, 4(3).

Anexo 1.

ENCUESTA

A continuación, le realizaremos varias preguntas que le pedimos responda con la mayor sinceridad posible, de ello depende el éxito de esta investigación.

1- Sexo.

a) ____Masculino

b) ____Femenino

2- Edad:

a) ____ 18 - 29 años.

b) ____ 30 – 49 años.

c) ____ 50 – 69 años.

d) ____ 70 años y más.

3- Color de la Piel.

a) ____ Blanca

b) ____ Negra

c) ____ Mestiza

4- Qué tipo de Enfermedad Cardiovascular padece.

a) ____ Angina de pecho

b) ____ Infarto Agudo de Miocardio

c) ____ Insuficiencia Cardíaca

Anexo 2.

ENCUESTA

Estas preguntas se realizaron a los pacientes sometidos a rehabilitación una vez concluida la misma.

1) Tiempo de tratamiento de la rehabilitación.

- a. ____ 3 meses
- b. ____ 6 meses
- c. ____ 9 meses
- d. ____ 12 meses
- e. ____ más de 12 meses

2) Técnicas de rehabilitación empleadas.

- a. ____ Ejercicios activos
- b. ____ Movilizaciones pasivas
- c. ____ Mecanoterapia
- d. ____ Deambulaci3n.
- e. ____ Terapia ocupacional.

3) Resultado de la rehabilitaci3n.

- a. ____ Total
- b. ____ Parcial

4) Secuelas que recidivaron

- a. ____ Dolor precordial
- b. ____ Disnea
- c. ____ Taquicardia
- d. ____ Bradicardia
- e. ____ Sudoraci3n profusa

f. ____ Fatiga muscular