

NIVELES DE ADHERENCIA EN POSTINFARTADOS

Laura de la Calle Pérez, M. Isabel Barriopedro Moro y Susana Aznar Laín*.

Universidad Europea de Madrid, *Universidad de Castilla la Mancha

RESUMEN

Numerosos estudios muestran como la adopción de un estilo de vida activo se relaciona con una reducción del riesgo de enfermedad coronaria y cardiovascular.

El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y control de los factores de riesgo en sujetos post-infartados que habían participado en un programa de rehabilitación cardiaca. Los resultados del estudio muestran un mayor grado de adherencia hacia las recomendaciones de control de los factores de riesgo (hasta un 89,8% controlan su tensión arterial) que a las dadas en cuanto a la práctica de ejercicio físico (en ningún caso se observan niveles de adherencia superiores a un 32,2%). Las principales barreras percibidas para la realización de ejercicio, entre aquellos que no cumplen las recomendaciones fueron la falta de tiempo y de compañía.

Palabras clave: Salud, adherencia, ejercicio físico, post-infartados.

INTRODUCCIÓN

Existe abundante investigación que pone de manifiesto que la actividad física y la práctica de ejercicio físico regular pueden producir mejoras en la calidad de vida en un amplio rango de parámetros tanto físicos como psicológicos (Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; US Department of Health and Human Services, 1996).

Uno de los grupos donde la práctica de actividad física cobra especial importancia es el de individuos con algún tipo de enfermedad cardiovascular o con un mayor riesgo de padecerla, teniendo en cuenta que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad y mortalidad entre hombres y mujeres mayores en los países occidentales, entre ellos Estados Unidos, amenazando de forma directa al mantenimiento de la capacidad funcional de las personas con el paso de los años y con ello, poniendo en peligro el grado de independencia. Uno de estos tipos de enfermedad cardiovascular, la enfermedad coronaria, es la principal causa de muerte en los Estados Unidos (American Heart Association, 1999), donde se produjeron más de 700 000 muertes en 1996 debido a la misma (Kochanek, Murphy y Peters, 1998). En 1995 se produjo una elevada prevalencia de enfermedad isquémica crónica en hombres y mujeres entre 65 y 75 años en los Estados Unidos, siendo ésta del 83 por 1000 en hombres y del 90 por 1000 en mujeres. Entre aquellos de 75 años o más, la prevalencia fue de 217 por 1000 para hombres y de 129 por 1000 para mujeres (National Center for Health Statistics, 1995).

Entre los factores de riesgo de la enfermedad coronaria han sido identificados el tabaco (Doll, Gray, Peto, Sutherland y Wheatley, 1994), elevados niveles de colesterol total (Aravanis, Bloemberg, Jacobs, Kromhout, Menotti, Verschuren, et al, 1995), hipertensión (Collins, Cutler, MacMahon, Neaton, Peto, Sorlie, et al, 1990), sobrepeso (Ascherio, Colditz, Giovannucci, Rimm, Spiegelman, Stampfer, et al, 1995) un bajo nivel de actividad física

(Caspersen, Kendrick, Powell y Thompson, 1987) y aun continúan identificándose nuevos factores de riesgo.

Según el American Heart Association (1991) la modificación de estos factores de riesgo ha mostrado una deceleración en el proceso de aterogénesis en muchos pacientes con enfermedad coronaria. Y entre estas modificaciones se encuentra la adopción de un estilo de vida más activo aumentando los niveles de actividad física. Como demuestra el dato reflejado por Carson (1989) donde un progresivo incremento del ejercicio físico puede reducir la mortalidad en pacientes con infarto de miocardio en un 20%. Es por ello que en las dos últimas décadas, el entrenamiento de ejercicio físico ha ido asumiendo un importante papel en la prevención tanto primaria como secundaria en la enfermedad coronaria (Arraiz, Mao y Wigle, 1992; US Department of Health and Human Services, 1996). Son ya numerosos estudios epidemiológicos los que asocian un incremento de la actividad física con una reducción del riesgo de enfermedad coronaria y cardiovascular, confirmando así los beneficios producidos por esta práctica para la enfermedad tanto para la prevención como para su tratamiento. (Barlow, Blair y Kohl, 1993; Caspersen y col, 1987; Arraiz y col, 1992; US Department of Health and Human Services, 1996).

En 1964, la Organización Mundial de la Salud definió la rehabilitación cardiaca como “la suma de todas las medidas necesarias para proporcionar al paciente post-IM las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permitan recuperar una posición normal en la sociedad y una vida tan activa y productiva como sea posible”.

Las recomendaciones para la recuperación tras un episodio de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) han evolucionado notablemente. Hace años se recomendaba a los pacientes con IAM la permanencia en cama durante 6-8 semanas, seguidas de 6 meses de reposo sentado en un sillón y la prohibición de subir escaleras hasta pasado el año del IAM, cuestionándose, tras todo ese tiempo, la vuelta a una actividad física y laboral normal.

Sin embargo, la inclusión de la prescripción de ejercicio físico para incrementar la actividad física y el fitness en pacientes mayores con enfermedad cardiaca ha sido un componente esencial de prevención secundaria durante las dos últimas décadas (Williams, 1994).

Los programas de rehabilitación cardiaca actualmente comprenden diferentes tipos de actuaciones tanto a nivel físico como a nivel psicológico y de control de los factores de riesgo. Se trata de programas a largo plazo que incluyen idealmente prescripción y supervisión de entrenamiento de ejercicio, evaluación médica, perfil de riesgos, educación y asesoramiento y modificación de los factores de riesgo por intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

A pesar de las indudables ventajas de la participación en programas de rehabilitación cardiaca, el nivel de adherencia de los pacientes mayores con esta patología es bastante escasa. Numerosos estudios estiman niveles de participación entorno a un 20% (Ades, McCann, Waldmann, et al, 1992; Bittner, Breland, Sanderson, et al, 1999; Harlan, Lee Sandler, et al, 1995). Estos niveles de participación y adherencia tan bajos suponen un gran problema a la hora de adquirir aquellos beneficios asociados a la rehabilitación cardiaca y el entrenamiento físico en la vejez (Esterbrooks, Maresh, Williams, et al, 1985; Ades, Polk, Waldmann, et al, 1992).

El objetivo de la presente investigación es evaluar el nivel de adherencia, de sujetos postinfartados que han seguido un programa de rehabilitación, a las recomendaciones de este programa (ejercicio físico y control de los factores de riesgo) después de 3 años de la finalización del mismo y la valoración de las barreras que perciben para no ajustarse a estas recomendaciones.

MÉTODO

Sujetos: 59 pacientes del Hospital Ramón y Cajal de Madrid que completaron el programa de rehabilitación cardiaca implantado en este hospital participaron en el estudio. 54 (91,5%) varones y 5 (8,5%) mujeres. La edad media global fue de $60,4 \pm 9,06$ años con un rango de edad entre 40 y 78 años; la edad media de los varones fue de $59,78 \pm 8,95$ años y de las mujeres $67,40 \pm 7,92$ años.

Instrumentos: Se confeccionó un cuestionario para evaluar: a) adherencia a las recomendaciones de actividad física, b) adherencia a las conductas de control de factores de riesgo y c) barreras para la práctica de la actividad física. Entre las recomendaciones de actividad física se incluye la realización de una tabla de ejercicios de fuerza muscular y movilidad articular (mínimo 3 días por semana), una tabla de ejercicios de relajación (mínimo 3 días por semana y con una frecuencia diaria de 3 sesiones), y caminar todos los días (mínimo 30 minutos y entre 7 y 8 Km.). Las conductas de control de factores de riesgo incluyen el control de la tensión arterial máximo cada tres meses, control del nivel de colesterol cada seis meses, eliminación del hábito de fumar y control de la dieta en cuanto a cantidad de sal y grasas en las comidas.

Las barreras para la práctica hacen referencia a aquellas circunstancias que dificultan la realización del ejercicio físico recomendado, tales como: falta de tiempo, obligaciones familiares, salir con los amigos, condiciones climatológicas, falta de transporte, falta de disfrute con la actividad física, falta de compañía para practicar, razones económicas etc.

Diseño y procedimiento: Se realizó una encuesta transversal telefónica a los 77 pacientes que completaron el programa de rehabilitación. De estos 77 pacientes, 2 habían fallecido a consecuencia de otro infarto de miocardio, uno se negó a contestar el cuestionario y 15 resultaron ilocalizables. La tasa de respuesta fue del 76,6%.

RESULTADOS

Organizaremos los resultados considerando los 2 grupos de recomendaciones (actividad física y control de factores de riesgo) y las barreras para la práctica de la actividad física.

a) Adherencia a las recomendaciones de actividad física

Tal y como puede observarse en la Tabla 1, el porcentaje de sujetos que cumple las recomendaciones mínimas es bastante bajo (alrededor del 20%) para los ejercicios de fuerza/movilidad y caminar (7 días semana, al menos 30 minutos diarios) y prácticamente inexistente para los ejercicios de relajación aunque esto no significa que no los realicen. De hecho, un 11,9% de los sujetos realizaban estos ejercicios tres veces por semana pero sólo 1 vez al día y un 5,1% los realizaba 2 veces por día. Con respecto a la actividad de caminar encontramos que el nivel de adherencia disminuye considerablemente si tomamos como referencia la recomendación mas estricta, es decir, 7 días por semana y entre 7 y 8 km. Sólo un 22% de los sujetos cumplen con estos requisitos. Dado el escaso tamaño de la muestra hay que tomar estos datos con cautela, puesto que el error de estimación es del $\pm 12,8\%$.

Tabla 1. Porcentaje de sujetos que cumplen y no cumplen las recomendaciones de ejercicio físico.

	Fuerza y Movilidad	Relajación	Caminar
Cumplen	20,4% (12)	1,7% (58)	32,2% (19)
No Cumplen	79,6% (47)	98,3% (1)	67,8% (40)

b) Adherencia a las conductas de control de los factores de riesgo

El porcentaje de sujetos que siguen las recomendaciones con respecto al control de los factores de riesgo es, como puede observarse en la Tabla 2, mayor que los observados ante las recomendaciones de ejercicio físico.

Tabla 2. Porcentaje de sujetos que cumplen y no cumplen las recomendaciones de control de factores de riesgo.

	Tensión	Colesterol	Dieta	Tabaco
Cumplen	89,8 % (53)	74,5% (44)	71,2% (42)	87,2% (41)
No Cumplen	10,2% (6)	25,5% (15)	28,8% (17)	12,8% (6)

c) Barreras para la práctica de actividad física.

En la Tabla 3 aparece el porcentaje de sujetos que perciben distintas barreras para la práctica de ejercicio en función del cumplimiento de las recomendaciones de la tabla de fuerza y movilidad y la actividad de caminar. La barrera mas importante para los sujetos a la hora de practicar las recomendaciones es el clima (45,8%), independientemente de que cumplan o no las recomendaciones. La segunda razón mas frecuentemente mencionada es la falta de tiempo (28,8%). Esta razón es esgrimida por un mayor porcentaje de sujetos que no cumplen las recomendaciones. La falta de compañía para realizar estas actividades es la tercera razón mas frecuentemente utilizada para la no realización de ejercicio(22%). De nuevo, los sujetos que no cumplen las recomendaciones esgrimen en mayor medida esta razón que los que cumplen.

Tabla 3. Porcentaje de sujetos que perciben distintas barreras para la práctica de ejercicio en función del cumplimiento de las recomendaciones de ejercicio.

BARRERAS	RECOMENDACIÓN TABLA		RECOMENDACIÓN CAMINAR		TOTAL (N=59)
	CUMPLEN (N =12)	NO CUMPLEN (N=47)	CUMPLEN (N =19)	NO CUMPLEN (N=40)	
Falta de tiempo	8,3%	34,0%	21,1%	32,5%	28,8%
Obligaciones familiares	16,7%	8,5%	10,5%	10,0%	10,2%
Clima	50,0%	44,7%	47,4%	45,0%	45,8%
Falta de compañía	8,3%	25,5%	10,5%	27,5%	22%
Razones económicas	0,0%	19,1%	5,3%	20,0%	15,3%

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos ponen de manifiesto que el porcentaje de sujetos que realizan los ejercicios recomendados con la frecuencia requerida es especialmente escaso en relación a los ejercicios de relajación (sólo un 1,7% de los sujetos realiza estos ejercicios con la frecuencia prescrita). También resultan bajos los niveles de adherencia a los ejercicios de fuerza /movilidad y caminar (20,4% y 32,2% respectivamente) comparados con los niveles obtenidos con respecto a las recomendaciones de conductas de control de factores de riesgo, donde conductas tan difícilmente modificables como el consumo de tabaco es modificada por un 87,2% de los sujetos. Aunque el coste de respuesta que supone el paso a un estilo de vida activo es superior al que puede suponer el control de los factores de riesgo, el prácticamente inexistente nivel de adherencia a los ejercicios de relajación

creemos que puede estar poniendo de manifiesto una escasa valoración por parte de los sujetos del grado en que esta conducta puede contribuir al control de su patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
- American Heart Association. 1999. Heart Facts. Dallas (TX): American Heart Association; 1999.
- Kochanek KD, Murphy SL, Peters KD. Deaths: Final Data for 1996. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics; 1998. National Vital Statistics Reports, Vol 47, No.9.
- National Center for Health Statistics. Current Estimates from the National Health Interview Survey, 1995. Hyattsville, Md: US Department of Health and Human Services, CDC; 1998. DHS publication No. (PHS) 98-1527.
- Doll R, Gray R, Peto R, Sutherland I, Wheatley K. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal* 309:901-11.
- Aravanis C, Bloemberg BPM, Jacobs DR, Kromhout D, Menotti A, Verschuren WMM, et al. (1995). Serum total cholesterol and longterm coronary heart disease mortality in different cultures: twenty-five-year follow-up of the Seven Countries Study. *The Journal of the American Medical Association* 274:131-6.
- Collins R, Cutler J, MacMahon S, Neaton J, Peto R, Sorlie P, et al. (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 335:765-74.
- Ascherio A, Colditz GA, Giovannucci E, Rimm EB, Spiegelman D, Stampfer MJ, et al. (1995). Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among middle-aged and older US men. *American Journal of Epidemiology* 141:1117-27.
- Caspersen CJ, Kendrick JS, Powel KE, Thompson PD. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health* 8:253-87.
- Carson, P. (1989). Rehabilitation after myocardial infarction. *Rehabilitation Nursing*, 14, 192-194.
- Arraiz GA, Mao Y, Wigle DT. (1992). Risk assesment of physical activity and physical fitness in the Canada Health Survey Mortality Follow-up Study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 45:419-428.
- Barlow CE, Blair SN, Kohl HW. (1993). Physical Activity, physical fitness, and all-cause mortality in women: do women need to be active?. *Journal of the American College of Nutrition*. 12:368-371.
- Williams MA. (1994). Exercise Testing and Training In the Elderly Cardiac Patient. Champaign, I11: Human Kinetics.
- Ades PA, McCann WJ, Waldmann MI, et al. (1992). Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. *Arch International Medicine*. 152:1033-1035.
- Bittner V, Breland J, Sanderson B, et al. (1999). Referral patterns to a university-based cardiac rehabilitation program. *American Journal of Cardiology*. 83:252-255.
- Harlan WR III, Lee KL, Sandler SA, et al. (1995). Importance of baseline functional and socio-economic factors for participation in cardiac rehabilitation. *American Journal of Cardiology*. 76:36-39.
- Esterbrooks DJ, Maresh CM, Williams MA, et al. (1985). Early exercise training in patients older than age 65 years compared with that in younger patients after acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *American Journal of Cardiology*. 55:263-266.

- Ades PA, Polk DM, Waldmann ML, et al. (1992). Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged ≥ 62 years. American Journal of Cardiology. 69:1422-1425.