

Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú

Impact of cardiac rehabilitation on quality of life of patients in the National Cardiovascular Institute, Peru

Karla Pacci-Salazar^{A,B}, Carlos De la Cruz-Fuentes^A, Andrea Alzamora-Cárdenas^A, Lizette Nureña-Noriega^A, Adriel Olórtegui Yzú^C
Rosalía Fernández Coronado^D

RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto que tiene la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular (INCCOR). Métodos: Estudio analítico y retrospectivo, desarrollado en el Instituto Nacional Cardiovascular, Lima, Perú. Se incluyeron a pacientes admitidos en el Programa de Rehabilitación Cardíaca del INCCOR, de ambos géneros y mayores de 18 años. Intervenciones: Cuestionario de Salud SF-36 administrada a través de una entrevista. **Resultados:** Se estudió a 219 pacientes, 67.1% fueron varones, la edad promedio fue 63.6 ± 11.7 años. El 74% de los pacientes eran casados, el 91.3% residen en Lima, el 39.7% ha concluido sus estudios secundarios y el 73.1% se encontraba con condición postoperatoria. Se obtuvieron mejorías significativas en seis de las ocho dimensiones de la escala SF-36: función física ($p=0.001$), rol físico ($p=0.0103$), dolor corporal ($p=0.0031$), salud general ($p=0.0001$), función social ($p=0.0033$) y rol emocional ($p=0.0002$). **Conclusiones:** La rehabilitación cardíaca permite obtener mejoras importantes en su capacidad física como en el componente mental.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación cardíaca, SF-36, Calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, las enfermedades cardiovasculares ocupan el cuarto lugar de carga de enfermedad; es decir, por esta causa se producen 390 121 años de vida saludables perdidos (AVISA) o el 8% del total.¹ El impacto que genera las enfermedades cardiovasculares, en términos de mortalidad, incapacidad y costos médicos, determinan la creación de estrategias para el manejo de la patología cardiovascular en forma integral.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),³ la rehabilitación cardíaca se define como “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes cardiopatas una condición física, mental y social óptima para que por sus propios medios logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y les conduzca a una vida activa y productiva”.

La rehabilitación cardíaca incluye aspectos de actividad física e información para la prevención secundaria de eventos coronarios,⁴ es decir, constituye una forma práctica de adquirir una actitud preventiva y así poder lograr una mejora en la calidad de vida, reduciendo el riesgo de muerte por un nuevo evento cardiovascular.

Este proceso está conformado por tres fases:⁵ la primera fase se desarrolla durante el periodo de estancia hospitalaria tras una enfermedad cardiovascular, posee una duración de ocho a doce días y comprende intervenciones físicas y psicológicas, así como educación sanitaria al paciente.

La segunda fase se enfoca en el paciente ambulatorio temprano (datos de alta recientemente) después de un evento cardiovascular, por lo general se desarrolla dentro de los primeros tres a seis meses después del evento. Esta fase tiene una duración de ocho a doce semanas y comprende intervenciones físicas y psicológicas. Al

concluir esta fase se debe realizar una revisión cardiológica que incluya pruebas complementarias (analítica, ecocardiografía y ergometría) para valorar el estado funcional, y emitir un informe que refleje el estado cardiológico actual, la situación psicológica, recomendaciones de actividad física y actividades habituales, objetivos de control de factores de riesgo cardiovasculares, así como informe de continuidad de cuidados.

La tercera fase proporciona, a largo plazo, servicios preventivos para el paciente ambulatorio. Esta fase es de mantenimiento por lo cual su duración puede abarcar cuatro a seis meses o ejecutarse de manera ilimitada, como una fase de prevención.

Por tanto, los aspectos no cardiológicos (psicológicos, sociales, laborales y pedagógicos) cumplen un rol importante en el éxito de la rehabilitación cardíaca.⁶ Sin embargo, la aceptación de los pacientes a participar, la asistencia a sesiones y la adherencia al programa son determinantes para el éxito de la rehabilitación cardíaca, así como un programa integral.⁷

El impacto de una enfermedad y su tratamiento en la percepción y el bienestar del paciente se han conceptualizado a través del término de “Calidad de Vida”. Según la OMS,⁸ se define como “la percepción de

(A) Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Lima-Perú. (B) Sociedad Científica San Fernando, UNMSM. (C) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina UNMSM. (D) Servicio de Rehabilitación Cardiovascular, Instituto Nacional Cardiovascular (INCCOR).

Correspondencia a Karla Pacci-Salazar: kpacci@gmail.com

Recibido el 28 de agosto de 2011 y aprobado el 13 de setiembre de 2011.

Cita sugerida: Pacci-Salazar K, De la Cruz-Fuentes C, Alzamora-Cárdenas A, Nureña-Noriega L, Olórtegui A. Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. *Rev peru epidemiol* 2011; 15 (2) [4 pp.]

un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en el cual vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes”.

La Calidad de Vida no está relacionada directamente con la evolución clínica favorable del paciente, sino con la percepción que tiene el paciente con respecto a su evolución, considerando otros aspectos complementarios al aspecto clínico. Por tal motivo, se han desarrollado diversos cuestionarios para establecer una aproximación a la medición de la Calidad de Vida.

Estos cuestionarios no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, entre otras, sino que las complementan, introduciendo la visión del propio paciente sobre su percepción de salud.⁹ Estos instrumentos deben ser amplios, seguros y sensibles, así como contar con una evidencia empírica y base científica para que sean considerados válidos.

Los instrumentos se dividen en genéricos y específicos: los primeros son independientes del diagnóstico y aplicados a una población con cualquier tipo de afección, mientras que los segundos se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto.

Existen 3 995 instrumentos para medir el Estado de Salud y la Calidad de Vida; de los cuales, 188 (4.7%) se enfocan en enfermedades cardiovasculares.¹⁰ Sin embargo, el Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36) es el mejor instrumento genérico de medida de la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cardiopatía isquémica.¹¹

El SF-36 cuenta con 36 ítems agrupados en ocho escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El cuestionario tiene dos versiones que se diferencian en el periodo recordatorio: la “estándar” (cuatro semanas) y “aguda” (una semana). Ambas versiones están dirigidas para personas mayores de 14 años y preferentemente deben ser autoadministrados, aunque también es posible la administración mediante la entrevista personal. La consistencia interna entre ambas modalidades no presentó diferencias.¹² El International Quality of life Assessment (IQOLA) ha traducido este cuestionario al idioma español y demostró una validez en su secuencia y gran equivalencia con la versión original

americana,¹² así también este cuestionario ya ha sido utilizado para evaluar calidad de vida en pacientes cardiopatas a nivel nacional.¹³

El objetivo del estudio fue determinar el impacto que tiene la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR).

MATERIAL y MÉTODOS

Se realizó un estudio, analítico y retrospectivo, entre junio de 2008 hasta marzo de 2010, en pacientes que ingresaron al Programa de Rehabilitación Cardíaca de Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), en Lima, Perú.

Se utilizó el cuestionario SF-36 para la evaluación de la Calidad de Vida con un periodo de recordatorio de cuatro semanas. Este cuestionario cuenta con 36 ítems agrupados en ocho escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada ítem cuenta con una puntuación de cero a 100 y el resultado de la escala es el promedio de las puntuaciones de los ítems que la conforman. El contenido de la escala se detalla en la Tabla 1. El puntaje más alto para cada dimensión de SF-36 es 100 y el más bajo, cero. La puntuación es directamente proporcional a la Calidad de Vida del paciente.

En caso de que falte información, si se ha contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, se recomienda sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados en ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debe calcular.¹²

Se administró a través de una entrevista realizada por el personal de enfermería del INCOR en la fecha de inicio y salida del paciente del Programa de Rehabilitación Cardíaca del INCOR. Además, se obtuvieron otros datos como el diagnóstico cardiológico, diagnóstico psicológico, riesgo social y tipo de tratamiento de la historia clínica del paciente.

Durante la realización de la fase II, es decir, 12 semanas en que los pacientes asisten dos a tres veces por semana, enfermeras y kinesiólogos encargados del programa realizaron labores educativas en relación a modificación de estilos de vida y factores de riesgo

TABLA 1. Características del cuestionario SF-36*.

Dimensiones	N° ítems	Significado puntuación mínima (0)	Significado puntuación máxima (100)
Componente físico			
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debido a él.
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Componente mental			
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Transición de la salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año.

* Modificado de El Cuestionario de Salud SF-36 Español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos.¹²

Pacci-Salazar K, et al. Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular-Perú

cardiovascular. Además, cada paciente realizó su rutina de ejercicios a cargo de kinesiólogos, quienes programaron el entrenamiento cardiovascular dentro del 65% a 85% de la frecuencia cardiaca máxima teórica, de acuerdo a las indicaciones del médico tratante.

Una vez completada esta fase. Se incluyeron a pacientes de ambos géneros y mayores de 18 años, que hayan concluido la fase II del programa de la rehabilitación cardiaca. Se excluyeron a los pacientes que abandonaron el programa o hasta marzo del 2011 aún no lo han concluido, este criterio se evalúa a través de la historia clínica. También, se excluyeron a los pacientes cuyo cuestionario SF-36 se encuentre con al menos 50% de preguntas no respondidas.¹²

Se realizó un análisis descriptivo de las variables investigadas. Se establecieron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y se calcularon medias y desviación estándar para las variables cuantitativas. La comparación entre antes y después de la intervención en las variables cuantitativas, se realizó con el Test T pareadas o Wilcoxon. Se utilizó el programa EPI-Info® versión 3.5.3 para el análisis de los datos.

La investigación está basada en encuestas de años anteriores de los pacientes atendidos en el Programa de Rehabilitación Cardiaca del INCOR, las cuales fueron aplicadas luego de obtener un consentimiento verbal de los participantes.

RESULTADOS

Se aplicaron los cuestionarios SF-36 a los 219 pacientes que completaron el Programa de Rehabilitación Cardiaca en el INCOR entre junio de 2008 y marzo de 2010.

El 67.1% fueron varones y el 32.9% mujeres. La edad promedio fue de 63.6 ± 11.7 años. El 74% de los pacientes eran casados, el 91.3% residen en Lima y el 39.7% ha concluido sus estudios secundarios. El 73.1% se encontraba con condición postoperatoria, el 22.3% en

TABLA 2. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Características	Promedio \pm DE (%) (n = 219)
Género	
Masculino	67.1%
Femenino	32.9%
Edad	63.6 \pm 11.7
Estado civil	
Soltero	11.4%
Casado	74.0%
Viudo	1.4%
Divorciado	11.0%
Conviviente	2.3%
Lugar de residencia	
Lima	91.3%
Provincia	8.7%
Grado de instrucción	
Analfabeto	0.5%
Primaria	17.4%
Secundaria	39.7%
Superior	38.4%
Postgrado	4.1%
Tipo de tratamiento	
Tratamiento médico	22.3%
Postoperatorio	73.1%
Angioplastia	4.6%
Diagnóstico psicológico	
Personalidad C	4.1%
Personalidad A	2.4%
Reacción de ansiedad	37.6%
Reacción mixta de ansiedad y depresión	15.9%
Trastorno de estrés post traumático	1.8%
Trastorno de adaptación	26.5%
Estabilidad emocional	8.8%
Otros	2.9%

tratamiento médico y el 4.6% en angioplastia. Así también, el 37.6% presentó reacción de ansiedad, el 26.5% trastorno de adaptación, y 15.9% reacción mixta de ansiedad y depresión (ver Tabla 2).

Además, se obtuvieron mejorías significativas en seis de las ocho dimensiones de la escala SF-36: función física ($p=0.001$), rol físico ($p=0.0103$), dolor corporal ($p=0.0031$), salud general ($p=0.0001$), función social ($p=0.0033$) y rol emocional ($p=0.0002$). Ver Tabla 3.

DISCUSIÓN

En el estudio, la edad promedio fue de 63.6 años y el 67% de los pacientes eran varones, cifras similares a las reportadas en estudios sobre enfermedades cardiovasculares.¹⁴ Esto debido a la protección que posee la mujer al efecto aterogénico durante la premenopausia que determina un comienzo más tardío de la enfermedad cardiovascular en la población femenina.¹⁵

En las escalas que pertenecen al componente físico como son la función física, rol físico, dolor corporal y salud general, presentan un aumento significativo lo que se traduce como una mejora de la capacidad funcional del individuo tras la rehabilitación cardiaca, similar a lo reportado en un estudio que solo evalúa un programa de rehabilitación cardiaca basado en ejercicios.¹⁶

Entre las escalas relacionadas al componente mental como son la vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, cabe destacar que la última no presentó un aumento significativo. A pesar de este resultado, se relaciona con los hallazgos de otros estudios que determinan la importancia del programa de rehabilitación cardiaca sobre el bienestar psicosocial.¹⁷

Este trabajo de investigación se obtuvieron puntuaciones mejores tras en el tratamiento en siete de las ocho escalas evaluadas por el SF-36, similar a los resultados obtenidos por un estudio que reporta que seis de las ocho escalas presentaron diferencias significativas.¹⁴

El incremento en la calidad de vida, medida por el puntaje SF-36, se correlaciona con la mejoría de la capacidad funcional.² Es por eso que para una futura investigación, se sugiere realizar un seguimiento y control a los pacientes por seis a doce meses, es decir en la tercera etapa de la rehabilitación cardiaca, para observar el comportamiento

TABLA 3. Cuestionario de Salud SF-36 de los pacientes.

Escala SF-36	Promedio \pm DE (%) (n = 219)	Mann-Whitney/Wilcoxon Two-Sample Test
Función física		
Inicio	75.11 \pm 13.75	$p=0.001$
Final	87.00 \pm 12.78	
Rol físico		
Inicio	68.95 \pm 21.19	$p=0.0103$
Final	87.95 \pm 28.73	
Dolor corporal		
Inicio	69.82 \pm 19.06	$p=0.0031$
Final	83.06 \pm 17.64	
Salud general		
Inicio	65.50 \pm 13.73	$p=0.0001$
Final	78.32 \pm 61.91	
Vitalidad		
Inicio	67.10 \pm 17.73	$p=0.0785$
Final	81.39 \pm 16.83	
Función social		
Inicio	70.14 \pm 20.82	$p=0.0033$
Final	87.01 \pm 12.79	
Rol emocional		
Inicio	77.09 \pm 22.67	$p=0.0002$
Final	90.20 \pm 18.98	
Salud mental		
Inicio	66.35 \pm 11.21	$p=0.3513$
Final	66.97 \pm 12.65	

y constancia de las variables.

Entre las limitaciones del cuestionario se encuentra la no inclusión de conceptos de salud importantes como los trastornos del sueño, función cognitiva, función familiar o función sexual.¹² Las alteraciones de estos conceptos son efectos secundarios de los tratamientos que pueden afectar las escalas evaluables. El número de pacientes que no se incluyó en el estudio podría haber determinado un cambio significativo en los resultados. Por lo que sugerimos que para una siguiente investigación el lapso sea de mayor tiempo.

El impacto que tiene el control de los factores de riesgo en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es trascendental,⁴ por lo que un programa de rehabilitación cardíaca

proporciona la oportunidad de intervenir a nivel físico y psicológico en los aspectos preventivos más importantes.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros compañeros Guillermo Araujo, Luis Girón, Karla Gómez, Sergio Flores, Blanca Panduro, Milagros Pariona, Haydeé Pérez, Patricia Quispe, Miguel Torres y Gabriel Vásquez por su colaboración en la toma de datos y aporte de sugerencias que fortalecieron nuestro trabajo de investigación. ****

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SECLÉN Y, POQUIOMA E, MUNAYCO C, CACHAY C, ESPINOZA R. LA CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN EL PERÚ. . LIMA, PERÚ: MINISTERIO DE SALUD; 2008.
2. SALAZAR L, MARQUÉS B, GUIDI G, HANNA M, ACEVEDO B, YÁNEZ D, ET AL. IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR FASE II MEDIDO A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SALUD SF-36. . REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA. 2005;13(3):77-81.
3. WORLD-HEALTH-ORGANIZATION. TECHNICAL REPORT SERIES 270. REHABILITATION OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE. REPORT OF A WHO EXPERT COMMITTEE. GENOVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 1964.
4. ROMERO T. LA REHABILITACIÓN CARDÍACA COMO PUNTO DE PARTIDA EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA. REV MÉD CHILE. 2000;128(8).
5. RÍO C, TURRO E, MESA L, MESA R, DIOS J. PROTOCOLOS Y FASES DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA. ORIENTACIONES ACTUALES. . MEDISAN. 2005;9(1).
6. BURDIAT G. PROGRAMA PRÁCTICO DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR. . REVURUGCARDIOL 2006;21(3).
7. MEAGHER E. ADDRESSING CARDIOVASCULAR DISEASE IN WOMEN: FOCUS ON DYSLIPIDEMIA. J AM BOARD FAM PRACT. 2004;17:424-37.
8. WHOQOL-GROUP. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. . SOC SCI MED. 1995;41(10):1403-9.
9. MONÉS J. ¿SE PUEDE MEDIR LA CALIDAD DE VIDA? ¿CUÁL ES SU IMPORTANCIA? . CIR ESP. 2004;76(2):71-7.
10. MARTÍNEZ P, SILVEYR G. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON CARDIOPATÍA. REVISTA CHILENA DE NEUROPSICOLOGÍA. 2010;5(2):102-12.
11. SOTO M, FAILDE I. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD COMO MEDIDA DE RESULTADOS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. REV SOC ESP DOLOR. 2004;11(8):505-14.
12. PERMANYER-MIRALDA G, VILAGUT G, REBOLLO P, RAJMIL L, ALONSO J, QUINTANA J, ET AL. EL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 ESPAÑOL: UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA Y NUEVOS DESARROLLOS. GACETA SANITARIA: ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA. 2005;19(2):135-50.
13. BARRANTES M. FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA CORONARIA Y DIABETES MELLITUS. REV MED HERED. 2010;21:118-27.
14. MORATA-CRESPO A, DOMÍNGUEZ-ARAGÓ A. CALIDAD DE VIDA TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA. REHABILITACIÓN. 2007;41(5):214-9.
15. BARRET E, BUSH T, 1861-67. J. ESTROGEN AND CORONARY HEART DISEASE IN WOMEN. JAMA. 1991;265(1861-67).
16. ATEHORTÚA D, GALLO J, RICO M, DURANGO L. EFECTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA BASADO EN EJERCICIO SOBRE LA CAPACIDAD FÍSICA, LA FUNCIÓN CARDÍACA Y LA CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON FALLA CARDÍACA. REVISTA COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. 2011;18(1).
17. BETTENCOURT N, DIAS C, MATEUS P. IMPACTO DA REABILITAÇÃO CARDÍACA NA QUALIDADE-DE-VIDA E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA APÓS SÍNDROMA CORONÁRIA AGUDA. REVISTA PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA. 2005;24(5):687-96.

ABSTRACT

IMPACT OF CARDIAC REHABILITATION ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN THE NATIONAL CARDIOVASCULAR INSTITUTE, PERU.

Objective: Determine the impact of cardiac rehabilitation on quality of life of patients in the National Cardiovascular Institute (INCOR). **Methods:** Analytical and pre-experimental at National Cardiovascular Institute, Lima, Peru. **Subjects:** Patients admitted to the Cardiac Rehabilitation Program's INCOR, both genders and over 18 years. **Interventions:** Health Questionnaire SF-36 administered through an interview. Main outcome measures: Frequencies and percentages for qualitative variables, mean and standard deviation for quantitative variables. Paired t test or Wilcoxon's SF-36. **Results:** We studied 219 patients, 67.1% were male, mean age was 63.6 ± 11.7 years. 74% of patients were married, 91.3% reside in Lima, 39.7% have finished secondary education and 73.1% were in post-operative condition. Significant improvements were obtained in six of the eight dimensions of the SF-36: physical function (p = 0.0010), role physical (p=0.0103), bodily pain (p=0.0031), general health (p=0.0001), social function (p=0.0033) and emotional role (p=0.0002). **Conclusions:** Cardiac rehabilitation can achieve significant improvements in physical ability and the mental component.

KEY WORDS: Cardiac rehabilitation, SF-36, Quality of life.

