

**LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
AL RÉGIMEN HIGIÉNICO DIETÉTICO
PRESCRITO A PACIENTES
QUE HAN SUFRIDO UN
SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

Edelys Crespo Oliva

Laura Carrión García

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia.

Tenerife

Universidad de La Laguna

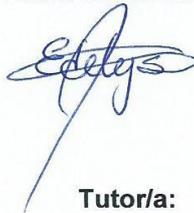
LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL RÉGIMEN HIGIÉNICO
DIETÉTICO PRESCRITO A PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN
SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna.

Autor/a:

Edelys Crespo Oliva

Firma del alumno/a:



Tutor/a:

Laura Carrión García

Vº. Bº del Tutor/a:



La Laguna, a 04 de junio del 2015.

LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL RÉGIMEN HIGIÉNICO DIETÉTICO PRESCRITO A PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Autor/a:

Edelys Crespo Oliva

RESUMEN:

Las Enfermedades Cardiovasculares constituyen, actualmente, la principal causa de muerte tanto a nivel mundial como a nivel nacional. En 2012, la OMS contabilizó por esta causa, 17.5 millones de muertes, a nivel mundial, de las cuales 7.4 millones fueron por Cardiopatías Coronarias. En España, en 2013, fallecieron, a causa de las mismas, 117.484 y 33.413 personas, respectivamente. Las Enfermedades Cardiovasculares, incluidas la Cardiopatías Coronarias, se asocian factores de riesgo cardiovasculares (sedentarismo, hipertensión arterial, diabetes, colesterol elevado, entre otros), cuya modificación, siguiendo unos hábitos saludables (aumento de la actividad física, dieta cardiosaludable) reduce la mortalidad y la morbilidad, reduciendo la incidencia de éstas hasta en un 80%. Pero el seguimiento comprometido de estos hábitos, incluidos en el régimen higiénico dietético, requieren una adherencia terapéutica a largo plazo, la cual puede verse influida por diversos factores, de carácter socioeconómicos, relacionados con el propio paciente, la enfermedad o la asistencia sanitaria. Este estudio pretende conocer los factores que influyen en la adherencia terapéutica al régimen higiénico dietético en pacientes que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo por primera vez.

Palabras clave: adherencia terapéutica, Síndrome Coronario Agudo (SCA), dieta cardiosaludable, actividad física, enfermería.

ABSTRACT:

Cardiovascular diseases are currently the leading cause of death both globally and nationally. In 2012, WHO recorded for this cause 17.5 million deaths worldwide, of which 7.4 million were due to coronary heart disease. In Spain, in 2013, they died because

of them, 117.484 and 33.413 people respectively. Cardiovascular diseases, including coronary heart disease, cardiovascular risk factors (physical inactivity, high blood pressure, diabetes, high cholesterol, etc.), whose amendment, following healthy habits (increased physical activity, heart-healthy diet) reduces mortality associated and morbidity, decreasing their incidence up to 80%. But the committed tracking of these habits, including in dietary hygiene which require a long-term adherence, which can be influenced by various factors, socioeconomic nature, related to the patient, disease and health care. This study aims to understand the factors that influence adherence to dietary hygiene regimen in patients who have suffered an acute coronary syndrome for the first time.

Key words: therapy adherence, Acute Coronary Syndrome (ACS), heart-healthy diet, physical activity, nursing.

Índice

1. Introducción	1
2. Antecedentes y estado actual del tema	6
3. Justificación	13
4. Hipótesis	15
5. Objetivos	15
5.1. Objetivo general	15
5.2. Objetivos específicos	15
6. Material y métodos	16
6.1. Diseño	16
6.2. Población diana	16
6.3. Criterios de inclusión	16
6.4. Criterios de exclusión	17
6.5. Variables e instrumento. Métodos de recogida de información	17
7. Análisis estadístico	19
8. Aspectos éticos	20
9. Bibliografía	21
10. Anexos	26
10.1. Carta a la Gerencia de Hospital Universitario de Canarias	26
10.2. Documento de consentimiento informado	27
10.3. Ficha de datos personales	28
10.4. Cuestionario para la valoración de los factores que influyen en la adherencia terapéutica	29
10.5. Cumplimiento de la dieta	31
10.6. Actividad física	32
10.7. Cronograma	35

1. INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) componen un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, afectando tanto a hombres como mujeres. En el 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS), contabilizó un total de 17.5 millones de muertes por ECV, un 31% de la mortalidad mundial, cifras que aumentan progresivamente y se estima que seguirá manifestándose de esta forma a nivel mundial hasta el año 2030, calculándose que morirán aproximadamente 23.6 millones de personas por este conjunto de patologías, fundamentalmente por Cardiopatías e Ictus.^{1,2}

Dentro de estas patologías se incluyen:

- Hipertensión arterial (HTA): presión sanguínea elevada (Presión sistólica superior a 140mmHg o diastólica mayor de 90 mmHg).^{2,3}
- Cardiopatía coronaria (CC): trastornos en el músculo cardíaco originado por un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno secundario a una alteración en los vasos sanguíneos que irrigan el corazón, las arterias coronarias. Es también conocida como Cardiopatía Isquémica (CI), arteriopatía coronaria o cardiopatía aterosclerótica. El Síndrome Coronario Agudo (SCA), es como se le denomina a la presentación aguda de la Cardiopatía Coronaria o Isquémica. Los SCA a su vez se clasifican en:^{2,4,5}
 - Síndrome Coronario Agudo con elevación de ST: IAM (Infarto Agudo de miocardio o, comúnmente llamado, ataque al corazón).^{4,5}
 - Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST: IAM sin Ondas Q y Angina inestable (AI o angor pectoris o angina de pecho descompensada).^{2,4,5}
- Accidente cerebrovascular (ACV), o Ictus: se clasifican en ACV hemorrágicos (hemorragia dentro del parénquima cerebral), y ACV isquémicos (isquemia o necrosis del tejido cerebral secundario a la interrupción del flujo sanguíneo cerebral).³
- Enfermedad vascular periférica o arteriopatías periféricas: estrechamiento de los vasos sanguíneos secundario, mayormente, a la aterosclerosis.⁶
- Insuficiencia cardíaca: es un síndrome que se caracteriza por la incapacidad del corazón para mantener un aporte sanguíneo adecuado a las necesidades metabólicas del organismo.³
- Cardiopatía reumática: cardiopatías secundarias a la fiebre reumática.¹

- Cardiopatía congénita: alteraciones del sistema cardiovascular durante el desarrollo intrauterino.³
- Miocardiopatías: conjunto de alteraciones primarias del miocardio (miocardiopatía dilatada, hipertrófica o restrictiva).³

En el 2012, según datos de la OMS, las CC y los ACV originaron 7.4 millones y 6.7 millones de defunciones, respectivamente, dentro del total de muertes por ECV. Se prevé que continúen considerándose, como ahora, la primera causa de muerte a nivel mundial.¹

En España, de las 390.419 defunciones contabilizadas en el 2013, murieron a causa de enfermedades cardiovasculares 117.484, representado el 30,1% del total de defunciones a nivel nacional. Dentro del grupo de las ECV, las Cardiopatías Isquémicas causaron un total de 33.413 muertes, de éstas, 19.409 eran hombres mientras que 14.011, mujeres. Esto se traduce en una mayor incidencia de Cardiopatía Isquémica Coronaria en la población masculina que en la población femenina. También cabe destacar que con respecto al año 2012 hubo un descenso del 3.9% en las defunciones por CI, aunque aún se sigue considerando la causa más frecuente de muerte.⁷

Por otra parte, se reconoce a la CC, como una de las razones que mayor morbilidad ocasiona; hecho que se ha visto acrecentado por la disminución de la mortalidad dado los adelantos en la medicina, que ha permitido una mejora en el diagnóstico y tratamientos.^{8,9} Según la *“Encuesta de morbilidad hospitalaria”* realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2013, la Tasa de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes, en lo referente a las enfermedades que afectan el sistema circulatorio, fue de 1328, para todos los grupos de edades y sexo; de estas, 267 se debieron a la Cardiopatía Isquémica.¹⁰

También la principal causa de hospitalización de las altas en 2013, en España, fueron las enfermedades que afectan al sistema circulatorio, un 13,3% de las 4.637.427 altas hospitalarias contabilizadas por el INE. Separado por sexo, en las mujeres las enfermedades circulatorias supusieron el 11,1%, siendo esta la segunda causa de hospitalización más frecuente; por otro lado, el motivo principal de hospitalización de los hombres fueron las enfermedades del aparato circulatorio, un 15,8% del total.¹¹

Teniendo en cuenta estos datos, el costo sanitario originado por esta patología es elevado tanto a nivel de recursos humanos como materiales, lo que ha llevado a las

distintas instituciones y organizaciones sanitarias a desarrollar y promover programas de prevención para la misma.⁹

A petición de AstraZeneca, empresa farmacéutica global, el Centro de Estudios Económicos y Empresariales (Cebr), realizó un estudio con el fin de conocer el impacto económico de las ECV en el sistema sanitario, además de los costes directos e indirectos derivados de estas patologías. Por ello en agosto del año 2014 se publicó dicho estudio, *“Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos”*. Según los datos obtenidos en este trabajo de investigación se estimó que a finales del 2014 el coste económico derivado de la atención sanitaria a las ECV asciende a 5.900 millones de euros, 124 euros per cápita; cifras que aumentarán en un 49% en el año 2020, previéndose un gasto directo de 8.800 millones de euros, 180 euros por habitante.^{12, 13}

En cuanto a los costes indirectos asociados a las Enfermedades Cardiovasculares se estimó, en pérdidas de productividad a causa de la mortalidad prematura, 1.800 millones de euros, mientras que el gasto relacionado con la morbilidad ligada a estas patologías, se valoró en 60 millones, incluyendo las ausencias laborales por enfermedad. Se prevé que en el año 2020 estas cifras aumenten hasta 2.000 millones y 92 millones de euros, respectivamente.^{12, 13}

En Canarias, según la Tasa Bruta de Mortalidad del Informe SEC 2009, el 195,8 de las defunciones por 100.000 habitantes son producidas por las ECV, de las cuales el 44% de éstas son atribuibles a cardiopatías isquémicas.¹⁴

La CC al igual que el resto de las ECV, se encuentra asociada a factores de riesgo derivados de los hábitos de vida, cuya modificación reduce la mortalidad y la morbilidad ocasionada por ésta.¹

Por motivo del Día Europeo de Prevención del Riesgo Cardiovascular, la Sociedad Española de Cardiología (SEC), publica una nota de prensa, el 13 de marzo del 2015, donde se analizaron los datos referidos a la mortalidad en el año 2013, según el cual, en Canarias el índice de muertes vinculadas a las ECV corresponde al 22,85% (24,07% en las mujeres y 21,79% en los hombres), situándose como la Comunidad Autónoma con menor tasa de mortalidad cardiovascular, cuya tendencia decreciente se ha mantenido durante 12 años consecutivos. El Dr. Antonio Miguel Barragán Acea, presidente de la

Sociedad Canaria de Cardiología, expresa de la siguiente manera su opinión acerca de los resultados obtenidos en las islas, en una entrevista para la publicación de este artículo:

*[...] la evolución de la mortalidad por enfermedad cardiovascular en Canarias, es un dato muy esperanzador, sumado al hecho de que el archipiélago tiene una esperanza de vida de las más altas de Europa. Sin embargo, aún nos quedan asignaturas pendientes. Centrándonos en los factores de riesgo, los índices de obesidad, la diabetes y la hipercolesterolemia continúan siendo muy elevados en Canarias y por ello, es muy importante incidir en los mensajes de prevención.*¹⁵

La obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión, el tabaquismo, el abuso de alcohol, el sedentarismo, el colesterol elevado, entre otros constituyen factores de riesgo cardiovascular; la presencia de uno o más de estos en un mismo individuo aumenta exponencialmente las probabilidades de padecer Enfermedades Cardiovasculares, mientras que el control de dichos factores podrían prevenir la incidencia y prevalencia de las ECV hasta un 80%.¹⁵

En España, al igual que en muchos países desarrollados, los factores de riesgo cardiovasculares están presentes en la población general; según datos publicados por la SEC, uno de cada 2 españoles padecen de hipercolesterolemia, factor que duplica las probabilidades de sufrir CC; el 12% de la población española (aproximadamente más de 4'5 millones de habitantes), está diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo II (DM II), patología que predispone de 2 a 4 veces más al padecimiento de ECV. En cuanto a los datos de obesidad, sobrepeso y sedentarismo, factores que suponen un alto riesgo de padecer Cardiopatía Isquémica, reflejan que el 35,86% de la población masculina y el 46,64% de la femenina son sedentarios, agente que aumenta las probabilidades de aparición de obesidad y sobrepeso, factores que a su vez, se encuentran presentes en un 17,03% y 36,65%, respectivamente, en la población adulta. También, alrededor de 12,6 millones de españoles (26,96%), fuma ocasional o diariamente y el 4,54% de las personas mayores de 15 años abusan del consumo de alcohol, como mínimo, mensualmente. Otra cifra que cabe destacar es acerca de la hipertensión, enfermedad que padece el 71,3% de los usuarios que asisten a los servicios de cardiología y el 40% de los atendidos en las consultad de Atención Primaria.¹⁵

Por otra parte, una dieta equilibrada rica en frutas y verduras, acompañada de legumbres y pescado azul, con un bajo consumo de grasas saturadas, previene y disminuye los niveles de colesterol en sangre, lo que junto a la realización de ejercicio físico 30 minutos diarios o como mínimo 5 veces en semana, evita la aparición de sobrepeso y obesidad, y en caso de padecer alguna de éstas, constituyen factores clave para la

disminución y control del peso. Si a la dieta equilibrada y a la actividad física regular le añadimos recomendaciones especiales, tales como reducción del consumo de sal y el control de los hidratos de carbonos, se conforma el régimen higiénico dietético a seguir en pacientes que padecen de HTA y/o DM II. Una ingesta alimenticia hiposódica (baja en sal), junto al control diario de la Tensión Arterial y al tratamiento farmacológico favorece el mantenimiento, en límites normales, de las cifras tensionales; en caso de HTA secundaria a aterosclerosis, la reducción del consumo de grasas saturadas fomenta el control de dicha patología subyacente y la previene.

En el caso de la Diabetes Mellitus tipo II, el ejercicio físico habitual, disminuye los niveles glucémicos en sangre; acción que unida a la dieta diabética, el tratamiento farmacológico, el cuidado de los pies y el mantenimiento de la glucemia (nivel de glucosa en sangre), en valores normales evita complicaciones relacionadas con esta enfermedad, a corto y largo plazo, mejorando la esperanza y la calidad de vida de aquellas personas que la padecen. Así mismo, el abandono del tabaco y la disminución del consumo de alcohol, reporta beneficios al estado de salud de la población debido que la probabilidad de padecer CC es tres veces mayor en fumadores que en no fumadores, y los efectos nocivos del alcohol no solo se limita a nivel hepático y cerebral, sino que también posee un importante impacto sobre la HTA.¹⁵

De esta forma queda patente que, el seguimiento de unos hábitos de vida saludable reduce la incidencia y prevalencia de las ECV, entre ellas, de la Cardiopatía Coronaria o Isquémica, pero el cumplimiento activo y comprometido a largo plazo de estas pautas puede verse influido por diversos factores, los cuales serán motivo de este estudio.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En la década de los 50 gracias al uso de antibióticos y a la cimentación y eficacia de las medidas de Salud Pública para el control de las enfermedades infecciosas, las enfermedades transmisibles, hasta entonces consideradas la primera causa de mortalidad a nivel mundial, se trasladan a un segundo plano dejando paso a la proliferación de las no transmisibles. Las ECV, entre las que destacan las cardiopatías isquémicas coronarias se convirtieron en la principal causa de muerte a nivel mundial, hecho que se mantiene hasta la actualidad.^{9, 16}

La etiología de la ECV, en ese momento, era poco conocida y se carecía de estudios epidemiológicos en donde se detallaran los orígenes y las causas generales de éstas. Por lo tanto en 1948, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, inició la puesta en marcha de un estudio longitudinal a gran escala, *Framingham Heart Study (FHS)*, bajo la dirección conjunta del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI), y la Universidad de Boston, cuyo objetivo era identificar los factores de riesgo y estudiar la epidemiología de las ECV. El estudio, en sus inicios, abarcó un total de 5209 hombres y mujeres con edades entre 30 y 62 años, residentes en la ciudad de Framingham, Massachusetts, que no habían manifestado síntomas evidentes de patología cardiovascular, o sufrido algún evento cardiovascular (IAM) o ACV. En el año 1971, se incluyó a la segunda generación y en 2002 a la tercera generación procedente de la muestra original.¹⁶

Cuatro años tras el inicio del FHS, se relaciona la HTA y la hipercolesterolemia (Colesterol total en sangre superior a 200mg/dl¹⁷), con la aparición de ECV. En el año 1957 se establece relación directa entre estos dos factores y el riesgo de padecer Cardiopatía Coronaria. Luego en las décadas de los 60 y los 70, se relacionan nuevos factores con el riesgo de aparición de CC: tabaquismo (1962), sedentarismo y obesidad (1967), diabetes mellitus (DM) (1974) y triglicéridos y lipoproteínas (1977).⁹

Los resultados obtenidos durante el FHS, manifestaron que un alto porcentaje de la mortalidad por ECV era producido en individuos con tendencias a la padecer Enfermedad Vascolar Aterosclerótica, en los cuales mostraban factores de riesgo incluso años antes de que se detectaran síntomas clínicos de la enfermedad. Teniendo en cuenta estos descubrimientos, la medicina comenzó a enfatizar más las labores de prevención,

detección y tratamientos de los factores de riesgo, lo cual supuso un hito en la historia de la medicina, facilitando un cambio en el tratamiento de las ECV.^{9, 16}

Actualmente, el concepto de factor de riesgo cardiovascular acuñado en 1961, forma parte fundamental de la atención sanitaria moderna más centrada en el desarrollo de estrategias preventivas y de tratamientos eficaces, que permitan controlar y/o prevenir la aparición de ECV.^{9, 16}

*Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es una característica biológica o un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular (ECV) en aquellos individuos que lo presentan.*¹⁸

A raíz del FHS y otros estudios realizados se detecta que las ECV poseen un origen multifactorial en el cual subyacen factores comunes en los pacientes que padecen esta patología. Estos factores son los factores de riesgos cardiovasculares los cuales se clasifican de diversas maneras.

La clasificación clásica separa los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en dos categorías:

- Factores de riesgo no modificables: Edad, sexo y antecedentes familiares.
- Factores de riesgo modificables: HTA, DM II, sobrepeso/obesidad, dislipemia, sedentarismo, abuso de tabaco y alcohol e hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

Una clasificación más completa y detallada es la que ofrece el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica (EVA), patología que al igual que las ECV, los FRCV, son factores predictivos de la aparición de la misma. (Tabla 1).¹⁷

En Canarias, para la evaluación de los FRCV y la estratificación del Riego Cardiovascular (RCV), el cual expresa la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en un período de tiempo de 10 años; se utiliza el SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), recomendado por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud 2014 (PAPPS), siguiendo la normativa de la European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR).¹⁹ La estratificación del RCV permite la planificación de las actividades de prevención para la reducción del riesgo de sufrir una ECV, ya sea por vez primera o de repetición, controlando los factores de riesgo modificables.

FRCV mayores	FRCV bien validados	Otros FRCV
Antecedentes personales de ECV	Antecedentes familiares de ECV prematura	Factores lipídicos: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertriglicerinemias. • Apolipoproteínas. • Lipoproteína a. • Subfracciones lipoproteicas
Tabaquismo	Factores genéticos y raciales	
HTA	Síndrome metabólico	Factores no lipídicos: <ul style="list-style-type: none"> • Resistencia a la insulina. • Marcadores protombóticos. • Marcadores proinflamatorios. • Alcohol. • Score cálcico.
DM II	GBA/TAG	
LDLc elevado	Sobrepeso/obesidad	
HDLc disminuido	Aterosclerosis Subclínica	
Edad/Sexo	Microalbumina/ERC	
	HVI	Dieta aterogénica.
	Fibrilación auricular	Estrés socioeconómico/psicosocial
	Sedentarismo	SHAOS

Tabla 2.1. Factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). Programa EVA.

Diversos estudios han demostrado que el abandono del tabaco, el seguimiento de una dieta cardiosaludable, la actividad física regular, el consumo bajo de alcohol, el control de la HTA y la DM II, bajar de peso y mantener en niveles normales el colesterol y los triglicéridos reducen el riesgo de padecer ECV, entre ellas la CC. De ahí que los programas de prevención se centren en la modificación de los estilos de vida.¹

La prevención se divide en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria tiene como propósito *“limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo”*²⁰ en persona aparentemente sana, mientras que la prevención secundaria se centra en *“la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante diagnóstico y tratamiento precoces”*²⁰. Comprendiendo un conjunto de medidas puestas a disposición de la detección precoz de esta patología en la población con el fin de llevar a cabo una intervención rápida y eficaz. Por otro lado, la prevención terciaria,

[...] tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina rehabilitadora. Consiste en medidas encaminadas a reducir

las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros crónicos. La prevención terciaria suele ser difícil de separar del tratamiento, ya que en las enfermedades crónicas uno de los principales objetivos terapéuticos es la prevención de las recidivas.²⁰

La puesta en práctica de medidas de prevención, tanto a nivel primario como secundario, derivado de los conocimientos acerca de los factores de riesgo cardiovasculares, su epidemiología e influencia en la aparición de ECV, han permitido reducir la mortalidad ocasionada por patologías cardiovasculares en los últimos 50 años en el primer mundo. Pero, el tratamiento no farmacológico en el cual se incluyen las medidas higiénicas dietéticas, destinado a la prevención secundaria de las CC y las ECV, en general, son tratadas superficialmente en las guías europeas de prevención cardiovascular. Así lo expresa una revisión bibliográfica publicada en la Revista Española de Cardiología.²¹

El régimen higiénico dietético pautado, no solo a pacientes que han sufrido una SCA o cualquier otro tipo de evento cardiovascular sino a los que poseen FRCV, se compone por medidas que pretenden reducir el impacto y controlar dichos factores. Entre estas recomendaciones se encuentra la dieta cardiosaludable, el aumento de la actividad física, la deshabituación tabáquica, el consumo no tóxico de alcohol y el control de la HTA, la DM, el estrés, la dislipemia, entre otros factores de riesgo en caso de padecerlo.²¹

Este estudio se centrará en dos de las medidas fundamentales para la prevención de recidivas cardiovasculares, la dieta cardiosaludable y la actividad física, las cuales como se ha explicado con anterioridad, también son de gran utilidad para el control de los FRCV.

La dieta cardiosaludable, reduce el riesgo de padecer ECV, y las recomendaciones ofrecidas en este aspecto coinciden en las distintas guías de prevención. La limitación energética, mediante una reducción, sobretodo de hidratos de carbono y grasas, contribuye al mantenimiento de un IMC dentro de límites normales (Índice de Masa Corporal inferior a 25 y superior a 18.5), al control de la diabetes y la prediabetes. También interviene en el decrecimiento de los niveles de lípidos sanguíneos, cuando el consumo de grasas saturadas se sitúa por debajo del 10% del total ingerido. Recomendando la sustitución progresiva, de las grasas ingeridas por ácidos grasos poliinsaturados omega 3, provenientes del empleo de pescado en la dieta (cantidad recomendada 3 raciones/semana) y el uso de aceite de oliva virgen. La ingesta de 5 raciones de fruta y verduras al día; y el descenso del consumo de sal a una cantidad inferior de 6 gramos

diarios; la utilización para condimentar de especias bajas en sodio y naturales; el incremento del uso de frutos secos en la dieta habitual; y el abandono de los dulces y bollería industriales, además de limitar la ingestión de alcohol; son todas las recomendaciones para una dieta saludable, contenido de la dieta mediterránea, la cual ha demostrado su eficacia en la reducción de eventos cardiovasculares.²¹

En cuanto a la actividad física, dentro del régimen higiénico dietético en pacientes cardiológico, se expondrán aspectos generales acerca de ésta, dado que la pauta de ejercicio físico después de un evento cardiovascular se realiza de forma personalizada atendiendo siempre a las capacidades y las necesidades de cada sujeto, valorándose la frecuencia, la intensidad, la duración, el modo y la progresión individualmente.⁹

Son múltiples los beneficios derivados de la práctica regular de ejercicio físico. Ellos abarcan el control del peso; la disminución del estrés y la ansiedad; la mejora de la calidad de vida, relacionado con un aumento de la autonomía y la reducción de caídas, ya que supone una mejoría de la capacidad funcional y de la movilidad; el control de la diabetes y la HTA antes mencionado; así como de los efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular, lo que

[...] consigue disminuir el incremento de la frecuencia cardíaca con la actividad física y el doble producto para un esfuerzo determinado, produciendo efectos tanto centrales (grosor de la pared miocárdica, aumento del volumen telediastólico, mejora de la fracción de eyección...) como por adaptación periférica (hipertrofia muscular, mejora de la diferencia arteriovenosa, aumento de mitocondrias en el músculo...) que supondrán un incremento de tolerancia al esfuerzo, una mejora en la fuerza y potencia muscular y por tanto una evidente mejora en los síntomas, como disminución del umbral de angina, disnea y fatiga ante el esfuerzo.⁹

Por ello la prescripción de un menú de actividad física constituye un aspecto fundamental en la prevención y en los programas de Rehabilitación Cardíaca (RC), programa destinado a pacientes que han sufrido algún evento cardiológico con el fin de favorecer su recuperación y prevenir futuros eventos relacionados con cardioisquemia, que se centra en la prevención secundaria trabajando en la educación sanitaria en el régimen higiénicos-dietéticos y en el tratamiento farmacológico, los cambios comportamentales y el apoyo psicológico. El objetivo final en la RC y en la prevención, es que el individuo una vez adquirido una “*fisiología activa*”⁹ y un aumento en el nivel de actividad cotidiana, incluya el programa de actividad física en su estilo de vida, haciéndolo un hábito de vida saludable.⁹

Numerosos estudios publicados en la Revista Española de Cardiología demuestran una disminución de la mortalidad y de los reingresos en los pacientes que han superado un programa de RC, donde se inciden en los aspectos tratados anteriormente.^{22,23} Estos resultados señalan los efectos beneficiosos de dicho programa y la importancia que tiene la RC en el tratamiento actual de la CC, resultando ésta una prioridad en los países con altos índices de prevalencia e incidencia de Enfermedad Coronaria y otras cardiopatías.²⁴

Sin embargo, aunque la mortalidad en pacientes sometidos a programas de prevención y RC decrece, la morbilidad cardiovascular sigue siendo alta,²² lo que provoca la necesidad de aplicar nuevas estrategias que mantengan a largo plazo la Adherencia Terapéutica (AT) a las medidas de prevención facilitadas en dichos programas.

La Adherencia Terapéutica (AT), requisito primordial que consiste en la participación activa y comprometida por parte del paciente en el seguimiento del tratamiento farmacológico, el régimen dietético y la actividad física, contribuye a mejorar el control sobre la enfermedad, la disminución las recaídas, la prolongación la vida, evitar el avance de la enfermedad, disminuir la morbimortalidad, favoreciendo así la calidad de vida.

La diferencia entre el cumplimiento o la observancia y la adherencia terapéutica, consiste en que el paciente, deja de interpretar un rol pasivo en relación a su régimen terapéutico y se comporta como “*socio activo*”²⁵ junto a los profesionales de la salud que lo atienden (médico, enfermera y otros) dando su conformidad respecto a los tratamientos, tanto farmacológico como no farmacológicos, y participando de forma activa y comprometida en el seguimiento de la terapia con el objetivo de mejorar su propia salud.¹

25

Según la OMS el incumplimiento del régimen terapéutico en enfermedades de curso crónico no solo es un problema sanitario, sino que se ha convertido en un problema económico;

[...] únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos (OMS, 2003).²⁶

Una AT inadecuada puede desembocar en grandes pérdidas en el ámbito personal, familiar y social, por lo cual para poder establecer una AT adecuada se deben comenzar los estudios a partir de lo básico, determinando los factores que modifican la AT, con el objetivo de establecer estrategias que faciliten el apego al régimen terapéutico.^{26, 27, 28, 29}

Por otra parte, una AT adecuada favorece el seguimiento de comportamientos generadores de salud, tales como el seguimiento del régimen dietético, el aumento del ejercicio físico, la deshabituación tabáquica, entre otros. Por ejemplo, la adherencia al régimen terapéutico antihipertensivo, demostró reducir las complicaciones relacionadas con la hipertensión y fomentar el control de la misma. En cuanto a la DM II, también FRCV, la adhesión al tratamiento farmacológico y a las medidas higiénico dietéticas, manifestó una mayor efectividad en la reducción de la morbilidad asociada mientras mejora la calidad de vida de los pacientes diabéticos.²⁵

No obstante, basándose en los resultados obtenidos por el estudio *“Conocimiento de la enfermedad cardiovascular por los pacientes ingresados en un Servicio de Cardiología”* publicado en la AEC, aunque el 70% de los encuestados conocían acerca de los FRCV y los hábitos de vida saludables y el 85% de los encuestados conocían las características de la dieta cardiosaludable, el ejercicio y la importancia del control del peso en la prevención de eventos cardiológicos, de ellos únicamente el 65% realizaban la dieta cardiosaludable y solo el 45% realizaba ejercicio físico, de los cuales el 70% de los casos, lo realizaban con bajo nivel de esfuerzo.³⁰ Esto conlleva al planteamiento de que existe un problema con el seguimiento de las medidas preventivas para el control de FRCV y de las ECV, es decir, persiste niveles bajos de AT al régimen higiénico dietético, en este ámbito.

3. JUSTIFICACIÓN

La adherencia terapéutica deficiente disminuye los beneficios clínicos que se desprenden de los tratamientos médicos causando complicaciones a nivel psicológico y de salud, deteriorando la calidad de vida de los pacientes, lo que provoca un aumento de la morbilidad y acorta la esperanza de vida; lo que conlleva un incremento de los costes sanitarios. En consecuencia, la sobreutilización de los recursos sanitarios, reducen la capacidad asistencial de los sistemas de salud; efectos aún mayores en los países en vía de desarrollo, donde los recursos son escasos.²⁵

Son numerosos los factores que contribuye al desarrollo de la adherencia terapéutica, y si bien los factores relacionados con el paciente poseen una influencia patente, también existen otros relacionados con la enfermedad y sus características, la asistencia sanitaria y el sistema de salud, y los elementos socioeconómicos, que no solo son notorios en los países de bajo y medio ingresos, sino también a España a causa de la actual crisis económica.²⁵

Dado las complicaciones que entraña una AT inadecuada, es prioritario el estudio de los factores que influyen en ésta y las intervenciones necesarias para el fomento de una duradera y eficaz. Por lo tanto, identificar las barreras que impiden la adquisición de una AT adecuada al régimen higiénico dietético, con el fin de contribuir al logro de un mayor control de las ECV y los FRCV, es el objeto de la presente investigación, cuyo objetivo principal persigue el conocimiento de las factores que influyen en la adquisición de una AT adecuada al régimen higiénico dietética en pacientes que han sufrido, por vez primera, un SCA.

Se prevé que los resultados obtenidos en este estudio permitan la implementación y la mejora de estrategias e intervenciones encaminadas al aumento de las tasas de adherencia terapéutica, tanto en estos pacientes como en otros a los que se pueda extrapolar dichos resultados;²⁵ y provea al personal de enfermería de una herramienta más para la valoración y el diagnóstico enfermero.

Siguiendo la taxonomía NANDA, NIC, NOC, para la planificación de los cuidados, centrado en la educación sanitaria sobre las medidas higiénico dietéticas para la formación de hábitos saludables en pacientes con CC y FRCV, se podría llevar a cabo un plan como el siguiente:

- Diagnóstico NANDA^{31, 32}:
 - Gestión ineficaz de la salud.
 - Disposición para mejorar la gestión de la salud.
 - Conocimientos deficientes.
 - Disposición para mejorar los conocimientos.
- Objetivos NOC³³:
 - Aceptación: estado de salud (todos los indicadores).
 - Autocontrol de la enfermedad cardiaca (todos los indicadores).
- Intervenciones NIC³⁴:
 - Cuidados cardíacos: rehabilitación.
 - Modificación de la conducta.
 - Enseñanza: dieta prescrita.
 - Potenciación de la disposición de aprendizaje.

4. HIPÓTESIS

La adherencia terapéutica al régimen higiénico dietético prescrita a pacientes que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo puede verse influida negativa o positivamente por factores socioeconómicos, relacionados con la terapia, el paciente, el equipo y el sistema sanitario.

5. OBJETIVOS

- 5.1. Objetivo general:** Conocer los factores que impiden la adquisición de una AT adecuada al régimen higiénico dietético prescrito a pacientes que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo.
- 5.2. Objetivos específicos:**
- Identificar los factores socioeconómicos que influyen en la adherencia terapéutica.
 - Describir los factores relacionado con el equipo y el sistema de asistencia sanitaria que influyen en la adherencia terapéutica.
 - Reconocer los factores relacionados con la terapia que influyen en la adherencia terapéutica.
 - Detallar los factores relacionados con el paciente que influyen en la adherencia terapéutica.
 - Examinar los hábitos dietéticos actuales.
 - Analizar la actividad física del paciente.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Diseño.

Se trata de un diseño cuantitativo, transversal, descriptivo ex-post-facto en el que se utilizará tres cuestionarios para recoger los datos relativos a las variables a estudiar.

6.2. Población diana.

La población a investigar estará constituida tanto por hombres y mujeres entre los 40 y 75 años que hayan sufrido un Síndrome Coronario Agudo por vez primera, ingresados el Servicio de Cardiología (Área de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos) del Hospital Universitario de Canarias, en el periodo comprendido entre 1 de septiembre del 2015 hasta el 29 de febrero del 2016. La captación de los sujetos del estudio se llevará a cabo durante su estancia en el Servicio, donde se le informará acerca de la investigación, sus objetivos y la importancia de su participación en ésta, se le entregará el documento relativo al consentimiento informado y una vez firmado el mismo se procederá a la obtención de sus datos generales (Anexo 3) a través de los cuales será localizado 6 meses después de su egreso hospitalario. Tiempo en que se estima hayan recibido información sanitaria acerca de los nuevos hábitos higiénicos dietéticos, siguiendo el protocolo hospitalario establecido.

Transcurrido los primeros 6 meses (1 de marzo al 31 de agosto del 2016) se aplicarán, a los sujetos captados, los instrumentos (Anexo 4, 5, 6) para el cumplimiento de los objetivos propuestos para esta investigación, durante los tres meses posteriores (1 de septiembre al 30 de noviembre del 2016). La recogida de datos se llevará a cabo en los Centros de Salud a los cuales pertenezcan, previo permiso del mismo para el uso de las instalaciones (Aulas de Salud o Sala de Reuniones) y aviso a los sujetos mediante mensaje o llamada telefónica, para confirmar su asistencia, en un periodo de una semana durante el horario de funcionamiento del centro.

La duración total de la investigación será de 16 meses y 18 días, abarcado desde el 1 de septiembre del 2015 al 18 de enero del 2017 (Anexo 7)

6.3. Criterios de inclusión.

Los pacientes objeto de esta investigación, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales.
- No tener patología neurológica o psiquiátrica incapacitante.

- Ser autónomos para las actividades de la vida diaria.
- Residentes en la isla de Tenerife y que pertenezcan a área de referencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

6.4. Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión son: ³⁵

- Antecedentes documentados previos de Cardiopatía Coronaria.
- Patología médica grave que imposibilite, al sujeto, participar en el estudio.
- Cualquier tipo de enfermedad que restrinja la supervivencia del sujeto a menos de 6 meses.
- Impedimento o negación para modificar los hábitos dietéticos y la actividad física.
- Incapacidad para seguir el régimen higiénico dietético por motivaciones religiosas o de otra ideología.
- Sujetos sin dirección fija, o institucionalizados por trastornos crónicos, sin autonomía e imposibilidad para realizar ejercicio físico o deambular.

6.5. Variables e instrumento de medida. Métodos de recogida de la información.

Las principales variables, que se analizarán con éstos instrumentos, son:

6.5.1. *Variables Independientes*: las variables a manejar en esta categoría son las variables sociodemográficas:

- Edad: variable cuantitativa discreta, la cual se medirá a través de una pregunta abierta.
- Sexo: variable cualitativa, la cual se medirá a través de una pregunta cerrada.
- Estado civil: variable cualitativa, la cual se medirá a través de una pregunta cerrada.
- Nivel de estudios: variable cualitativa, la cual se medirá a través de una pregunta cerrada.
- Situación laboral: variable cualitativa, la cual se medirá a través de una pregunta abierta.

6.5.2. *Variables dependientes*: se analizarán tres variables dependientes: los factores que influyen en la adherencia terapéutica, el cumplimiento de la dieta cardiosaludable y la actividad física.

Para la valoración de los factores que pueden influir en la adherencia terapéutica se

empleará un cuestionario que consta de 24 ítems, utilizado y validado en el estudio realizado por Eugenia del Pilar Herrera Guerra: *“Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial”*, en donde se recogerán los datos, el cual se ha adaptado las características de la presente investigación sin alterar la validez y la confiabilidad de dicho instrumento; y, con el fin de facilitar la investigación, dichos factores se han agrupado en cuatro categorías:³⁶

- A. Factores socioeconómicos: se encuentra constituida por 6 ítems, de los cuales el 1, el 3, el 7 y el 8 se clasifican como positivos y el 2 y el 6, como negativos. En esta categoría se analizarán los recursos económicos con los que constan los sujetos y el apoyo social percibido.³⁶
- B. Factores relativos al sistema y/o equipo de asistencia sanitaria: está compuesta por 8 ítems, todos ellos positivos; donde se estudia la relación médico-enfermera-paciente, la asistencia a las consultas y el entorno de cuidado.³⁶
- C. Factores referentes a las características de la enfermedad y del tratamiento: se encuentra formada por 6 ítems, todos ellos negativos, en los cuales se valoran los conocimientos y las dificultades para llevar a cabo el régimen higiénico dietético.³⁶
- D. Factores relacionados con el paciente: se compone por 4 ítems, todos ellos positivos, donde se examinan la actitud y la motivación del sujeto para realizar el régimen higiénico dietético.³⁶

El cuestionario es una escala Likert, donde cada ítem posee una puntuación la cual varía si este es positivo o negativo. Para los ítems positivos, la puntuación sería cero puntos para la respuesta **“nunca”**, un punto para **“a veces”** y dos puntos para **“siempre”**. Mientras que para los 8 ítems negativos, la puntuación se interpreta de la siguiente forma: dos puntos para la respuesta **“nunca”**, un punto para **“a veces”** y cero para **“nunca”**. La calificación final asignada a los sujetos se comprende entre los 0 y 48 puntos, los cuales se clasificarían de la siguiente manera, según lo sugerido en el estudio de Eugenia del Pilar Herrera Guerra:³⁶

- *“Ventaja para adherencia 80-100%: 38 - 48 puntos.*
- *En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia 60-79%: 29 - 37 puntos.*
- *No puede responder con comportamientos de adherencia < 60%: < 29 puntos.”³⁶*

Para valorar el cumplimiento de la dieta se utilizará un cuestionario con 14 ítems.³⁷ El mismo ha sido extraído del estudio PREDIMED para valorar la AT a la dieta mediterránea

cuya función como factor protector cardiovascular en la prevención y control de FRCV y las ECV, es similar al obtenido siguiendo el régimen dietético actualmente recomendado por los profesionales. Ambas se encuentran basadas en el consumo diario de frutas y verduras, baja en grasas saturadas de origen animal y vegetal (aceites de coco y palma) y rica en legumbres, pescados y aceites poliinsaturados que ayudan a la reducción del colesterol en sangre. ³⁸ La puntuación máxima del cuestionario es de 14 puntos, equivalente al cumplimiento del régimen dietético. (Anexo 6)

En cuanto a la actividad física, ésta se analizará mediante una encuesta con 67 ítems extraída, también, del estudio PREDIMED, la cual está compuesta por tabla donde se encuentra recogida una lista de actividades físicas, divididas en columnas, en la que se deberá escribir los días de práctica y el tiempo que se dedica a las mismas. ³⁹ (Anexo 7)

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos relativos a las variables independientes se expresarán en tablas de frecuencia y porcentaje, a excepción de la edad, cuyos datos serán tabulados en un cuadro de distribución de frecuencias; y se expresarán mediante la media \pm la desviación típica.

En el caso de las variables dependientes, los valores obtenidos se ordenarán, también, en tablas de frecuencia y porcentaje, salvo en lo referente a la actividad física cuyos resultados también se ordenarán en función del tiempo. Para el análisis de los datos se utilizará el programa de análisis estadísticos IBM SPSS Statistics Base. ⁴⁰

8. ASPECTOS ÉTICOS

Previo al desarrollo del presente proyecto se pedirán los correspondientes permisos a la Gerencia del CHUC (Anexo 1), con el fin de realizar este proyecto. Además dicha Gerencia y el Comité Ético, no solo conocerán el propósito de este estudio, su metodología y población a la cual va dirigido, sino que una vez finalizada la investigación recibirán los resultados y las conclusiones que se desprenden de la misma. Así mismo se pedirá permiso a la Gerencia de Atención Primaria para la utilización de las instalaciones de los Centros de Salud a los que estén adscritos los sujetos a investigar.

El presente proyecto de investigación ha sido redactado respetando los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos estipulados en la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, tal como ha quedado modificada posteriormente.⁴¹ Además todos los datos proporcionados por los encuestados se encuentran rigurosamente protegidos por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, a los cuales se les entregará un documento de consentimiento informado (Anexo 2. Documento adaptado del estudio realizado por Eugenia del Pilar Herrera Guerra: “*Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial*”) donde se les informará acerca de la investigación, sus objetivo y la garantía de la protección de sus datos.^{36, 42}

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: Organización; cOMS 2015 [actualizado Enero de 2015]. Enfermedades Cardiovasculares; [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: Organización; cOMS 2015 ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/.
3. Rancaño Ferreiro J, Pereira Rodríguez JA, Miguel Pérez MI, Segura Cardona R, Macía Vidueria I, Gómez Sáez JM, et al. Aparato Cardiovascular. "Master" Anatomía. Evolución 5. 5ta ed.: Marbán Libros; 2012. p. 359-519-532.
4. Union Chimique Belge [Internet]. Madrid: Sociedad Anónima. c2008-2015. Cardiopatía Coronaria; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ucb-iberia.com/pacientes/enfermedades/otras-enfermedades/cardiopatia-coronaria>.
5. Munarriz A, Almansa I, Martínez Basterra J, Uribe-Echeberria E, Basurte MT, Repáraz J. Síndrome Coronario Agudo. García Mouriz ME, Fernández B, editor. Libro electrónico de Temas de Urgencia. 1ª ed. Comunidad Floral de Navarra; 2008. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/3.CARDIOVASCULARES/Sindrome%20coronario%20agudo.pdf>
6. Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (US); 2015-. Enfermedad arterial periférica Otros nombres: EAP, Enfermedad vascular periférica. [actualizado 18 de mayo 2015]; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/peripheralarterialdisease.html>.
7. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: Institución; cINE 2015 [actualizado 27 de febrero de 2015]. Defunciones según la Causa de Muerte Año 2013; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
8. Davies P, Taylor F, Beswick A, Wise F, Moxham T, Rees K, Ebrahim S. Promoción de la captación de pacientes y el cumplimiento en la rehabilitación cardíaca. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 7. Art. No.: CD007131. DOI: 10.1002/14651858.CD007131
9. Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, et al (eds.). Manual de Enfermería en

- Prevención y Rehabilitación Cardíaca. 1ª ed. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009.
10. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: Institución; cINE 2015 [actualizado 26 de noviembre 2014]. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2013. Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, el sexo y el grupo de edad; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414/a2013/&file=pcaxis>
 11. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: Institución; cINE 2015 [actualizado 26 de noviembre del 2015]. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 2013; [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np878.pdf>
 12. El mundo [Internet]. Madrid: Periódico; c2015 [actualizado 29 de agosto 2014]. El coste de la enfermedad cardiovascular se dispara; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2014/08/29/540080c2ca4741b92c8b4578.html>
 13. AstraZeneca [Internet]. Londres: Empresa farmacéutica; cAstraZeneca 2015 [actualizado 28 agosto 2014]. El coste de las enfermedades cardiovasculares ascenderá en 2020 a 8.800 millones de euros en España; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.astrazeneca.es/prensa/notas-de-prensa-corporativas/Article/28082014--nota-de-prensa-cebr>
 14. Sociedad de Española de Cardiología [Internet]. Madrid: Sociedad; c2014 [actualizado 23 de octubre del 2009]. Mapa de la enfermedad cardiovascular. Informe por comunidades autónomas sobre la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular en España. Canarias; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.secardiologia.es/330-actualidad/congreso-sec-2009/1610-mapa-enfermedad-cardiovascular>
 15. Sociedad de Española de Cardiología [Internet]. Madrid: Sociedad; c2014 [actualizado 13 de marzo del 2015]. Canarias casi ocho puntos por debajo de la media española en mortalidad cardiovascular. Nota de prensa con más información sobre las estadísticas analizadas y consejos sobre prevención; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/6048-canarias-casi-och-puntos-por-debajo-de-la-media-espanola-en-mortalidad-cardiovascular>
 16. Framingham Health Study [Internet]. USA: Estudio del Corazón de Framingham, un proyecto del Instituto Nacional Cardíaco, Pulmonar y Sanguíneo; c2015. Disponible en: <https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/about-spanish.php>
 17. Amador Demetrio MD, Naranjo Sintés V, Tristáncho Ajamil R, coordinadores. Cuidados de enfermería. Prevención y control de la enfermedad vascular

- ateroesclerótica [Internet]. Islas Canarias (España): Servicio Canario de Salud; mayo 2013. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/665e1471-d27e-11e2-8241-7543da9dbb8a/ProgramaEVACompleto.pdf>
18. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Aten Primaria [Internet]. 2011 [citado 17 de noviembre de 2011]; 43(12):668---677: [aprox. 15 p]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-90055363#elsevierItemBibliografias>
 19. Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Martín Rioboó E, Banegas Banegas JR, Navarro Pérez J, et al. Actualización 2014 PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares [Internet]. Aten Primaria 2014; 46(4):3-15: [aprox. 120 p]. Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
 20. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiología y prevención. Epidemiología básica [Internet]. USA: Organización Panamericana de la Salud; 2003. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3311>
 21. Quiles J, Miralles-Vicedo B. Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2014; 67(10):844-8: [aprox. 15 p]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/estrategias-prevencion-secundaria-del-sindrome/articulo/90349604/#bib8>
 22. Aguilera Saborido A, Vallejo Carmona J, Cano Plasencia G, Linares Gago M, Martínez Martínez A, Echevarría Ruiz de Vargas C, et al. Mortalidad y morbilidad cardiovascular a largo plazo en pacientes que han completado un programa de rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013; 66(1):1115: [aprox. 3 p]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=5&idSesion=640&idComunicacion=6219>
 23. Fernández García P, Sánchez Millán PJ, Otero Chulián E, Fernández García M, del Pozo Contreras R, Chueca González EM, et al. Efecto de la rehabilitación cardíaca en la tasa de eventos cardiovasculares en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013; 66(1):1103: [aprox. 2 p]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=5&idSesion=640&idComunicacion=6207>
 24. Heran B, Chen J, Ebrahim S, Moxham T, Oldridge N, Rees K, Thompson D, Taylor R. Rehabilitación cardíaca con ejercicios para la cardiopatía coronaria. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD001800. DOI: 10.1002/14651858.CD001800

25. Sabaté E, editor. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. 2nd ed. Washington D.C.: OMS-PAHO; 2004. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
26. Martín Alfonso L, Grau Abalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y Salud [Internet]. Enero-junio del 2004; 14(1):89-99: [aprox. 12 p]. Disponible en: [http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869/1597\(869-4018-1-PB\)](http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869/1597(869-4018-1-PB))
27. Acosta González M, Debs Pérez G, de la Noval García R, Dueñas Herrera A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. Sep-Dic 2005; 21(3): [aprox. 12 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008
28. Quirós Morales D, Villalobos Pérez A. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. Univ Psychol [Internet]. Sep-Dic 2007; 6(3):679-688: [aprox. 11 p]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760317>
29. Sacco W, Wells K, Friedman A, Matthew R, Perez S, Vaughan C. Adherence, body mass index, and depression in adults with type 2 diabetes: the mediational role of diabetes symptoms and self-efficacy. Health Psychol [Internet]. Noviembre del 2007; 26(6):693-700: [aprox. 1 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18020841>
30. García Villa C, Gallego Acuña T, Rocés Palacio AM, García Castañón S, Rodríguez Zaballa V, Fernández Díaz A, et al. Conocimiento de la enfermedad cardiovascular por los pacientes ingresados en un servicio de cardiología. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013; 66(1):1126: [aprox. 2 p]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=5&idSesion=641&idComunicacion=6230>
31. Brito R. NANDA 2015-2017. 20 septiembre del 2014. En: El diagnóstico enfermero [Internet]. España. c2014- [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2014/09/nanda-2015-2017.html>
32. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. 9th ed. España: Elsevier; 2012.
33. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editors. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4th ed. ed. España: Elsevier Mosby; 2009.

34. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 5th ed ed. España: Elsevier Mosby; 2009.
35. Predimed [Internet]. Barcelona: Grupo de estudio; c2009 [actualizado Abril 2009]. Estudio PREDIMED. Efectos de la dieta mediterránea sobre la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Protocolo de Investigación; [aprox. 41 pantallas]. Disponible en: <http://predimed.onmedic.net/LinkClick.aspx?fileticket=wPhfH%2fYL3so%3d&tabid=525>
36. Herrera Guerra EP. Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Bogotá DC: Universidad Nacional De Colombia- Convenio Universidad De Cartagena Facultad De Enfermería; 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8593/>
37. Predimed [Internet]. Barcelona: Grupo de estudio; c2009. Cuestionario de cumplimiento de dieta; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://predimed.onmedic.net/Portals/0/14puntos.pdf>
38. Arósab F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013; 66:771-4: [aprox. 11 p]. Disponible en: <http://predimed.onmedic.net/Portals/0/minnesota.pdf>
39. Predimed [Internet]. Barcelona: Grupo de estudio; c2009. Cuestionario de actividad física; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://predimed.onmedic.net/Portals/0/minnesota.pdf>
40. International Business Machines España (IBM) [Internet]. Madrid: Corporación. SPSS Statistics Base; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www-03.ibm.com/software/products/es/spss-stats-base>
41. Asociación Médica Mundial (AMM) [Internet]. Ferney-Voltaire, Francia: Asociación; c2015 [actualizado mayo 2015]. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; [aprox. 13 pantallas]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
42. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia; [actualizado 2001]. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; [aprox. 32 pantallas]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

10. ANEXOS

10.1. Anexo 1: Carta a la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

GERENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

San Cristóbal de La Laguna

Solicito a la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias (HUC) el correspondiente permiso para el desarrollo de la investigación titulada *“La adherencia terapéutica al régimen higiénico dietético prescrito a pacientes que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo”* que se desarrollará en los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología en el período de tiempo comprendido entre el 1 de septiembre del 2015 y el 29 de febrero del 2016, con una duración total, de la investigación, de 16 meses y 18 días, abarcado desde el 1 de septiembre del 2015 al 18 de enero del 2017, y cuyo proyecto adjunto.

El resultado de esta investigación será de gran valor para aumentar la efectividad de los tratamientos que se prescriben a esos pacientes y la calidad de vida de ellos, así como ayudará a disminuir el coste de los servicios sanitarios para ellos dispuesto.

Por todo lo antes expuesto, solicito a la Gerencia del HUC me conceda el permiso objeto de esta comunicación.

Atentamente,

Edelys Crespo Oliva

Investigadora principal

La Laguna a _____ 2015

10.2. Anexo 2: Documento de consentimiento informado.

El estudio: *“La adherencia terapéutica al régimen higiénico dietético prescrito a paciente que han sufrido un SCA”* , realizado por la enfermera Edelys Crespo Oliva, tiene como objetivo describir y analizar la adherencia terapéutica al régimen higiénico dietético en personas que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo, ingresadas en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

Para recolectar la información se utilizarán tres cuestionario donde se registra la información a analizar en el estudio. La participación es totalmente voluntaria y anónima, las respuestas no serán reveladas a nadie y los resultados del estudio serán dados a conocer de forma global sin dar a conocer datos personales.

Lo invitamos a participar del estudio sabiendo que esta investigación no representa ninguna consecuencia negativa para usted y su salud como paciente del HUC en el cual se encuentra ingresado. Esta investigación está guiada por los principios de confidencialidad, privacidad, beneficencia y no maleficencia, con los cuales se garantiza la protección de información brindada y su buen uso.

Solicito su autorización y agradezco su participación en dicho estudio.

He sido debidamente informado/a acerca del estudio y sus objetivos, y las dudas acerca de éste me han sido aclaradas apropiadamente, en consecuencia **acepto** participar en este estudio y firmo el presente documento. (Fecha)

Firma del participante. C.C.

Firma del investigador

10.3. Anexo 3: Ficha de datos personales.

Instrucciones: rellene la siguiente ficha con sus datos personales. Para cualquier duda pregunte al entrevistador.

Nombre			
Apellidos			
Dirección			
Código postal		Localidad	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Otra persona de contacto:		Teléfono	
Centro de Salud			

10.4. Anexo 4: Cuestionario para la valoración de los factores que influyen en la adherencia terapéutica.³⁶

Cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica, adaptado de “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Bonilla y De Reales). Versión N° 4.”

Instrucciones: en el presente cuestionario usted encontrará una serie de preguntas respecto a algunos factores que pueden influir en su cumplimiento al régimen terapéutico, en específico del régimen higiénico dietético (dieta prescrita y actividad física).

Por favor, señale con una X la respuesta que considere, desde su punto de vista, más adecuada a la frecuencia en el que ocurre cada situación planteada.

Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
I DIMENSION: FACTORES SOCIOECONOMICOS			
1. ¿Tiene disponibilidad económica de su familia para atender las necesidades básicas? (alimentación, salud, vivienda, educación)			
2. ¿Puede costearse los medicamentos?			
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			
6. ¿Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados?			
7. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?			
8. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir el régimen terapéutico?			
II DIMENSION: FACTORES RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD			
21. ¿Las personas que lo atienden (médico y/o enfermera) responden sus inquietudes y dificultades con respecto al régimen higiénico dietético? (dieta cardiosaludable y ejercicio físico)			
22. ¿Se da cuenta que su médico y/o enfermera controla si está siguiendo el régimen terapéutico por las preguntas que le hace?			
23. ¿Recibe información sobre los beneficios de las medidas higiénicas dietéticas ordenadas por su médico?			
24. ¿Recibe información sobre la forma de ajustar los nuevos hábitos saludables en sus actividades diarias? (ejercicio físico, números de comidas)			

25. ¿En el caso que usted fallara en su régimen terapéutico su médico y enfermera entenderían sus motivos?			
27. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden?			
31. ¿El médico y la enfermera le han explicado que resultados va obtener en su salud con el nuevo régimen higiénico dietético?			
47. ¿Le parece que el médico/enfermera y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
III DIMENSION: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
10. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el régimen higiénico dietético?			
13. ¿La distancia de su casa o trabajo a la consulta le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
18. ¿Tiene duda acerca de la manera de llevar a cabo el régimen higiénico dietético? (tipo de ejercicio físico, duración, alimentos permitidos...)			
37. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el régimen terapéutico?			
38. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir con el régimen higiénico dietético?			
43. ¿Cree que hay costumbres sobre los alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			
IV DIMENSION: FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			
40. ¿Está convencido que el régimen higiénico dietético es beneficioso y por eso sigue haciéndolo?			
49. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
52. ¿Cree que es importante seguir el régimen higiénico dietético para mejorar su salud?			
53. ¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

FICHA SOCIODEMOGRAFICA						
Edad (años):	Género	M		Estado civil	Soltero	
		F			Casado	
Nivel educativo	Primaria				Divorciado	
	Secundaria				Viudo	
	Bachillerato				Pareja	
	Formación profesional					
Universitario			Ocupación:			

10.5. Anexo 5: Cumplimiento de la dieta.³⁷

Instrucciones: piense en su consumo **habitual** de alimentos y puntué conforme a las directrices dadas en cada pregunta. Para cualquier duda consulte con el entrevistador.

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	SI = 1 punto	
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensalada, etc.)?	4 o más cucharadas = 1 punto	
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200g	2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto	
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día = 1 punto	
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100-150g)	Menos de 1 al día = 1 punto	
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12g)	Menos de 1 al día = 1 punto	
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día = 1 punto	
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?	7 o más vasos a la semana = 1 punto	
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150g)	3 o más a la semana = 1 punto	
10. ¿Cuántas raciones de pescado-marisco consume a la semana? (1 plato, pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200g de marisco)	3 o más a la semana = 1 punto	
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	Menos de 2 a la semana = 1 punto	
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30g)	3 o más a la semana = 1 punto	
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150g)	SI = 1 punto	
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	2 o más a la semana = 1 punto	
Total	_____ PUNTOS	

10.6. Anexo 6: Cuestionario de actividad física.³⁹

Adaptación del “Cuestionario de actividad física en el tiempo libre de Minnesota”

Instrucciones: en este cuestionario usted encontrará una tabla con una lista de actividades físicas y unas columnas donde deberá escribir los días de práctica y el tiempo que dedica a la misma. Lea atentamente cada actividad y cuando encuentre alguna que realice habitualmente, rellene las casillas con números claros.

Con el fin de cerciorarse de que la información recogida sea uniforme se considera que:

- Un mes equivale a 4 semanas.
- Un año corresponde a 48 semanas.
- Cada año posee 240 días laborables y cada mes, 22 días.
- En un año existen 100 días de fin de semana.

Y para aquellas personas que realizan los deportes, que abajo se describen, se tendrá en cuenta que:

- Jugar un set de tenis individual = 20 min.
- Jugar un set de tenis dobles = 15 min.
- Jugar golf 9 hoyos = 90 min.

A continuación se le ofrece un ejemplo para su orientación:

Si usted durante la última semana ha caminado durante media hora de lunes a viernes anotará, en la actividad correspondiente, 5 en la columna “*días de práctica*” y 30 minutos/día en la siguiente columna, si ha hecho esa misma actividad durante el último año a excepción de los meses de verano (julio y agosto) tendría que anotar 200 (10 meses x 4 semanas=40 y 40 x 5 días=200) en la columna “*días de práctica*” y el mismo tiempo de duración del ejercicio.

ACTIVIDADES FÍSICAS	SEMANA		AÑO	
	Días de práctica	Minutos/día de práctica	Días de práctica	Minutos/día de práctica
ANDAR/BAILAR/SUBIR ESCALERAS				
1. Pasear	5	30	200	30

ACTIVIDADES FÍSICAS	SEMANA		AÑO	
	Días de práctica	Minutos/día de práctica	Días de práctica	Minutos/día de práctica
ANDAR/BAILAR/SUBIR ESCALERAS				
1. Pasear				
2. Andar de casa al trabajo y del trabajo a casa o en periodos de descanso del mismo				
3. Andar (llevando carrito de la compra)				
4. Andar (llevando bolsas de la compra)				
5. Subir escaleras				
6. Andar campo a través				
7. Excursiones con mochila				
8. Escalar montañas				
9. Ir en bicicleta al trabajo				
10. Bailar				
11. Aerobic o ballet				
12. Jugar con los niños (corriendo, saltando,...)				
EJERCICIO DE MANTENIMIENTO GENERAL				
13. Hacer ejercicio en casa				
14. Hacer ejercicio en un gimnasio				
15. Caminar deprisa				
16. Trotar ("jogging")				
17. Correr 8-11km/h				
18. Correr 12-16km/h				
19. Levantar pesas				
ACTIVIDADES ACUÁTICAS				
20. Esquí acuático				
21. Surf				
22. Navegar a vela				
23. Ir en canoa o remar (por distracción)				
24. Ir en canoa o remar (en competición)				
25. Hacer un viaje en canoa				
26. Nadar (más de 150 metros en piscina)				
27. Nadar en el mar				
28. Bucear				
DEPORTES DE INVIERNO				
29. Esquiar				
30. Esquí de fondo				
31. Patinar (ruedas o hielo)				
OTRAS ACTIVIDADES				
32. Montar a caballo				
33. Jugar a los bolos				
34. Voleibol				

10.7. Anexo 7: Cronograma.

Duración prevista una vez aceptada la realización del trabajo de investigación.

ACTIVIDADES	TIEMPO	
	Nº MESES/SEMANAS/DIAS	FECHAS PREVISTAS
Captación de los sujetos de la investigación	6 meses	1 de septiembre del 2015 al 29 de febrero del 2016
<i>Tiempo de espera</i>	<i>6 meses</i>	<i>1 de marzo al 31 de agosto del 2016</i>
Contactar con los sujetos del estudio	4 días	1 al 4 de septiembre del 2016
Recolección de los datos (cuestionarios)	3 meses	5 de septiembre al 30 de noviembre del 2016
Clasificación del material	1 semana	1 al 7 de diciembre del 2016
Tratamiento de la información	1 semana	8 al 14 de diciembre del 2016
Análisis e interpretación de los datos	4 semanas	15 de diciembre del 2016 al 11 de enero del 2017
Redacción final	1 semana	12 de enero al 18 de enero del 2017
Duración total	16 meses y 18 días	1 de septiembre del 2015 al 18 de enero del 2017