



Sección de Enfermería
Universidad de La Laguna

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADMITIDOS EN REHABILITACIÓN CARDÍACA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Autora: Ana Martín Díaz

Tutor: Alberto Domínguez Rodríguez

PROYECTO DE FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

SEDE EN TENERIFE. GRUPO LA LAGUNA.

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

FECHA: JUNIO 2023

Resumen

Una de las principales causas de muerte en el mundo son las enfermedades cardiovasculares. Por ello, el ejercicio de los profesionales de la salud para prevenirlas y tratarlas es sumamente importante. Entre los tipos de enfermedades cardiovasculares existen las enfermedades cardíacas agudas, las cuales son trastornos que se presentan de forma súbita y que requieren atención médica inmediata debido a su gravedad.

La rehabilitación cardíaca es un programa de ejercicios y educación diseñado para ayudar a las personas que han tenido un evento cardíaco, como un infarto de miocardio o una cirugía cardíaca, a recuperarse y a volver a un estilo de vida activo y saludable. El programa pretende mejorar la capacidad cardiovascular, reducir el riesgo de futuros problemas cardíacos y mejorar la calidad de vida. Pacientes que han sufrido cardiopatía isquémica coronaria, insuficiencia cardíaca aguda y/o prolapso de válvula aórtica podrían incluirse en un programa de rehabilitación cardíaca en el momento post-recuperación.

El papel de la Enfermería se basa no solo en una asistencia de cuidados urgente y eficaz en el momento agudo, sino que también está presente en la rehabilitación cardíaca, donde existe una fase de captación, llamada fase uno, una vez está estabilizado el paciente. En esta fase, la enfermera informa, instruye y evalúa al paciente que posteriormente empezará con el programa.

Este proyecto de investigación pretende evaluar el impacto en la calidad de vida que genera la fase de uno en los pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo como un infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca aguda o disección aórtica y han sido admitidos en el plan de rehabilitación cardíaca, con el fin de conocer la importancia de esta fase y plantear la necesidad de un modelo de seguimiento por Enfermería.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares, rehabilitación cardíaca, enfermería, calidad de vida, prevención, tratamiento, enfermedades cardíacas agudas, capacidad cardiovascular, riesgo.

Abstract

One of the primary causes of death worldwide is cardiovascular disease. Among the types of cardiovascular disease are acute cardiac diseases, sudden disorders requiring immediate medical attention due to their severity. Therefore, the role of healthcare professionals in preventing and treating these diseases is crucial.

Cardiac rehabilitation is an exercise and education program designed to help people who have had a heart event, such as a heart attack or cardiac surgery, to recover and return to an active and healthy lifestyle. The program aims to improve cardiovascular capacity, reduce the risk of future heart problems, and improve quality of life. Patients who have suffered from coronary ischemic heart disease, acute heart failure, or aortic valve prolapse may include in a cardiac rehabilitation program post-recovery.

The role of Nursing is based not only on providing urgent and compelling care in critical moments, but it is also present in cardiac rehabilitation, where there is a recruitment phase called phase one once the patient is stabilized. In this phase, the nurse informs, instructs, and evaluates the patient who will subsequently begin the program.

This research project aims to evaluate the impact on quality of life generated by the recruitment phase in patients who have suffered an acute cardiovascular event such as an acute myocardial infarction, acute heart failure, or aortic valve dissection, and have been admitted to the cardiac rehabilitation program, to understand the importance of this phase and propose the need for a nursing follow-up model for all patients who have suffered it, regardless of whether they are suitable or not for the cardiac rehabilitation program.

Keywords: cardiac rehabilitation, nursing, quality of life, prevention, treatment, acute cardiac diseases, cardiovascular capacity, risk.

Abreviaturas (Glosario):

- **RC:** Rehabilitación cardíaca
- **HUC:** Hospital Universitario de Canarias
- **IAM:** Infarto Agudo de Miocardio
- **IC:** Insuficiencia Cardíaca
- **SCACEST:** Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST
- **ECG:** Electrocardiograma
- **ICP:** Intervenciones Coronarias Percutáneas
- **FEVI:** Fracción de Eyección Ventricular Izquierda
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **ISTAC:** Instituto Canario de Estadística
- **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos
- **RESIDA:** Registro Español de Disección Aórtica

Índice

1. Introducción	1 – 10
1.1. Enfermedades cardiovasculares	1
1.2. Enfermedades cardiovasculares agudas	2
1.3. Factores de riesgo y prevención	5
1.4. Unidad de Rehabilitación Cardíaca en el HUC	6
1.5. Papel de Enfermería en Rehabilitación Cardíaca	9
2. Antecedentes	11 – 14
3. Justificación	15
4. Objetivos	16
5. Metodología	17 – 22
5.1. Diseño	17
5.2. Lugar de estudio	17
5.3. Población y muestra	17
5.4. Material y método	18
5.5. Criterios de inclusión	18
5.6. Criterios de exclusión	18
5.7. Variables	19
5.8. Análisis estadístico	21
5.9. Limitaciones del estudio	21
6. Consideraciones éticas	22
6.1. Tiempo de estudio	23
6. Discusión	24 – 26
7. Bibliografía	27 – 31
8. Anexos	32 - 38

1. Introducción

1.1. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares pertenecen a un grupo de trastornos que afectan a el corazón y los vasos sanguíneos. Estas pueden ser causadas por factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la diabetes, el colesterol alto, la falta de actividad física, la edad avanzada y también pueden tener un componente genético ⁽¹⁾.

Un informe llamado “The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk” publicado en 2023 de la Asociación Estadounidense del Corazón junto con los institutos Nacionales de la Salud indica que las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en el mundo. El estudio se realizó analizando 18 enfermedades cardiovasculares y 15 factores de riesgo en 21 regiones distintas del mundo. A su vez, señalan que la cardiopatía isquémica se posiciona como la primera causa de muerte cardiovascular con 9,44 millones de muertes en 2021 ⁽²⁾.

Por otro lado, según un Informe de la Junta de Andalucía, llamado “Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el siglo XXI: Diferencias entre Andalucía y España” las enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica y las cerebrovasculares englobaron un 27% de la mortalidad total mundial en 2019. En el estudio que realizaron, entre los años 2000-2020 se registraron 8.318.412 defunciones en España, entre las que un 2.565.492 de ellas tuvieron como causa las enfermedades del sistema circulatorio, por lo que se posicionaron como la causa más frecuente de mortalidad. En este periodo, 25,31% del total fueron atribuibles a las enfermedades cerebrovasculares, 15,79% al infarto agudo de miocardio y el 15,28% a la insuficiencia cardíaca ⁽³⁾.

1.2. Enfermedades cardiovasculares agudas

Las enfermedades cardiovasculares agudas son trastornos del sistema cardiovascular que se presentan de manera repentina y que requieren atención médica inmediata. Estas enfermedades pueden incluir el infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco), la angina de pecho inestable, el accidente cerebrovascular (derrame cerebral), la embolia pulmonar, la insuficiencia cardíaca aguda, entre otras. La mayoría de estas se deben a la obstrucción del flujo sanguíneo a través de las arterias, lo que puede provocar daño en los órganos y tejidos vitales ⁽⁴⁾.

El término síndrome coronario agudo se refiere a un grupo de afecciones relacionadas con la reducción repentina del flujo sanguíneo coronario que puede provocar isquemia miocárdica aguda e infarto. El SCACEST se considera un subtipo de síndrome coronario agudo (SCA) en el que hay una elevación del segmento ST en el electrocardiograma y se caracteriza principalmente por dolor torácico, que puede ser descrito como opresión, pesadez, ardor o dolor punzante. Este dolor suele ser continuo y se irradia a veces a los hombros, brazos, cuello, mandíbula o espalda. A menudo se acompaña de sudoración, mareo, náuseas y vómitos. Los síntomas pueden ser de intensidad variable, y pueden durar desde minutos hasta horas, es importante tener en cuenta que algunos pacientes pueden presentar síntomas atípicos o síntomas leves, especialmente en pacientes mayores o con enfermedad coronaria crónica ⁽⁵⁾.

El infarto agudo de miocardio (IAM) se produce cuando las células del músculo cardíaco sufren necrosis debido a la falta prolongada de irrigación sanguínea coronaria en una o más de las arterias, lo que afecta una o varias áreas del miocardio. El diagnóstico se basa en la presencia de síntomas sugestivos de isquemia miocárdica, la presencia de elevación del segmento ST en el ECG y cambios típicos en los niveles de enzimas cardíacas (como la troponina). Una vez se confirma la sintomatología y una elevación del segmento ST, se pone en marcha el código CODICAN, un sistema estructurado de atención al SCACEST el cual alerta de una situación en la que una persona está sufriendo un infarto agudo de miocardio, fundamental para reducir los tiempos hasta el tratamiento ⁽⁵⁾.

Una vez activado el código, se empieza con la terapia de reperfusión coronaria, lo cual es el tratamiento para aliviar la obstrucción arterial. En estos casos, se pueden usar fármacos trombolíticos o intervenciones coronarias percutáneas (ICP) para reestablecer el flujo sanguíneo a través de la arteria bloqueada, así como medidas para prevenir complicaciones adicionales, como el uso de antiagregantes plaquetarios y estatinas. La rapidez en el tratamiento es crucial para minimizar el daño miocárdico y para mejorar el pronóstico del paciente ⁽⁵⁾.

Por otro lado, la insuficiencia cardíaca es otra de las enfermedades cardíacas agudas más frecuentes en la población mundial. El síndrome en cuestión se caracteriza por la presencia de síntomas como la disnea, el edema maleolar y la fatiga, que pueden ir acompañados de signos como la presión venosa yugular elevada, los estertores pulmonares y el edema periférico. Este síndrome es causado por una anomalía estructural o funcional del corazón, o ambas, lo que resulta en una reducción del gasto cardíaco y/o en un aumento de las presiones de llenado intracardíacas tanto en reposo como durante el ejercicio o el estrés ⁽⁶⁾.

El International Working Group on Acute Heart Failure Syndromes (WGAHFS) realizó la siguiente definición: “Los síndromes de ICA son definidos como el cambio gradual o rápido de signos y síntomas de IC que resultan en la necesidad de tratamiento urgente”. Los síntomas son principalmente el resultado de una congestión pulmonar grave debido a la elevación de las presiones de llenado, con o sin disminución del volumen minuto, esto pueden ocurrir en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada o reducida. Por lo general, coexisten patologías como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, valvulopatías, arritmias auriculares u otras enfermedades de órganos, que pueden precipitar el síndrome o contribuir a su fisiopatología. Es una condición potencialmente mortal que requiere atención médica inmediata y, normalmente, conduce a una hospitalización urgente ⁽⁶⁾.

Otra de las enfermedades cardiovasculares agudas es la disección aórtica que ocurre cuando la capa media de la pared aórtica se separa a lo largo y alrededor de la aorta, creando dos canales aórticos.

Existen dos clasificaciones ampliamente utilizadas para la disección aórtica: la clasificación de Stanford, que distingue entre tipo A (afecta la aorta ascendente) y tipo B (afecta la aorta descendente), y la clasificación de DeBakey, que divide la disección en tres tipos: tipo I (que afecta la aorta en su totalidad), tipo II (que afecta la aorta ascendente) y tipo III (que afecta la aorta descendente). Tiene una mortalidad del 60% en las primeras 24 horas y del 92% en el primer mes, por lo que la supervivencia depende en gran medida de la rapidez con que se instaure el tratamiento médico, quirúrgico o una combinación de ambos⁽⁷⁾.

1.3. Factores de riesgo y prevención

La presencia de ciertos signos biológicos o hábitos adquiridos con mayor frecuencia en pacientes con una enfermedad específica se conocen como factores de riesgo. La enfermedad cardiovascular tiene un origen multifactorial y cada factor de riesgo debe ser considerado en relación con otros. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, existen dos grandes grupos: no modificables (edad, sexo y antecedentes familiares) y modificables (dislipidemia, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo), siendo estos últimos los que pueden ser modificados mediante cambios en el estilo de vida y/o tratamiento médico ⁽⁸⁾.

La estratificación y cuantificación del riesgo cardiovascular es esencial para establecer la intensidad de la intervención médica, la necesidad de tratamiento farmacológico y la frecuencia de las visitas de seguimiento. El riesgo cardiovascular se refiere a la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en un período determinado, típicamente de 5 a 10 años. Esta evaluación es particularmente importante en pacientes que no tienen antecedentes de enfermedad cardiovascular, es decir, en prevención primaria, y es llevada a cabo por el médico de familia ⁽⁸⁾.

La prevención secundaria se enfoca en detectar la enfermedad en sus primeras etapas, antes de que aparezcan los síntomas clínicos. Es un proceso de búsqueda activa de enfermedades en personas aparentemente sanas con el objetivo de detectarlas en su fase más temprana. Las medidas de prevención secundaria incluyen la realización de pruebas de detección, también conocidas como diagnóstico precoz, cribado, tamizaje o screening ⁽⁹⁾.

Por otro lado, la prevención terciaria se enfoca en recuperar la salud después de que la enfermedad ha aparecido, mediante la rehabilitación física, psicológica y social, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y facilitar la reinserción social y laboral de las personas afectadas. Esto implica un control y seguimiento continuo del paciente, con la aplicación del tratamiento y medidas de rehabilitación necesarias para minimizar el sufrimiento y prevenir o reducir al máximo las recidivas de la enfermedad ⁽⁹⁾.

En relación con la prevención terciaria y las enfermedades cardiovasculares agudas, tenemos la rehabilitación cardíaca. Una vez el paciente es estabilizado y ha sido revascularizado o pautado su tratamiento oportuno, empieza el periodo de recuperación. En este periodo es muy importante que el paciente tome consciencia acerca de los cambios que debe realizar en su vida para adoptar unos buenos hábitos, que prevengan nuevas complicaciones cardíacas ⁽⁹⁾.

1.4. Unidad de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Universitario de Canarias

El tratamiento de Rehabilitación Cardíaca (RC) es una valiosa opción para pacientes con enfermedades del corazón y para aquellos con un alto riesgo cardiovascular, incluyendo aquellos con desordenes metabólicos. Su uso está respaldado por pruebas clínicas que han demostrado mejoras significativas en la capacidad cardiopulmonar, calidad de vida, factores psicológicos específicos y en la reducción de la mortalidad relacionada a enfermedades subyacentes y eventos cardiovasculares graves. Por lo tanto, es una intervención económica y probada en la prevención secundaria. Además, es una excelente estrategia para reducir las readmisiones hospitalarias ⁽¹⁰⁾.

Los pacientes que han padecido enfermedades cardíacas más comunes que se tratan en los programas de rehabilitación cardíaca en España puede beneficiarse de esta para mejorar su calidad de vida y la capacidad física, estas enfermedades incluyen:

- Enfermedad coronaria: Esta enfermedad es la causa más frecuente de enfermedad cardiovascular en los pacientes que reciben rehabilitación cardíaca en España. Puede manifestarse como angina de pecho o infarto de miocardio ⁽¹¹⁾.
- Insuficiencia cardíaca: Es una enfermedad resultante de una alteración cardíaca funcional o estructural en la que el corazón no es capaz de bombear suficiente sangre al cuerpo ⁽¹¹⁾.
- Intervenciones coronarias percutáneas (PCI): La PCI, como la angioplastia o la colocación de un stent, se realiza para abrir las arterias obstruidas en el corazón ⁽¹¹⁾.
- Cirugía de bypass coronario: Esta cirugía se lleva a cabo para desviar la sangre alrededor de las arterias obstruidas en el corazón ⁽¹¹⁾.

En general, la rehabilitación cardíaca es un programa integral de atención diseñado para ayudar a los pacientes con enfermedades cardiovasculares a recuperar su salud y prevenir futuros problemas cardíacos. Los pacientes con cualquier tipo de enfermedad cardíaca pueden beneficiarse de esta, ya que están diseñados para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente ⁽¹²⁾.

La RC se divide en cuatro etapas y se desarrolla en diferentes momentos. Idealmente, las fases I y II deben realizarse en una institución con todos los recursos necesarios en caso de complicaciones. La fase I se da en el hospital y generalmente incluye la movilización temprana, educación sobre la condición médica, medicación nueva, cambios en estilo de vida y transición a un ambiente ambulatorio. Después de la recuperación inicial del paciente y la fase I, se pasa a la fase II, donde se lleva a cabo un programa supervisado de entrenamiento ambulatorio de hasta 12 semanas, además de consultas médicas, cambios en estilo de vida y vigilancia médica. Las fases III y IV, que se pueden realizar en el hogar, requieren mucha disciplina por parte del paciente para mantener los cambios en su estilo de vida y para continuar con un programa constante de ejercicio basado en lo aprendido en las fases I y II ⁽¹⁰⁾.

No todas las personas que han sufrido un evento cardíaco pueden acceder al programa de RC. Durante las últimas tres décadas, las indicaciones para participar en un programa de rehabilitación cardíaca han cambiado. Originalmente, en los años 60, solo se aceptaban pacientes de bajo riesgo después de un infarto no complicado. Sin embargo, con el avance de la cirugía y el cateterismo cardíacos en los años 70, se empezó a incluir a pacientes de moderado y alto riesgo. En las últimas dos décadas, gracias al desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos, y un mayor conocimiento de los factores de riesgo, se ha seguido ampliando la inclusión de pacientes en estos programas ⁽¹³⁾.

En el Hospital Universitario de Canarias, la Unidad de Rehabilitación Cardíaca ofrece una amplia gama de servicios a los pacientes con enfermedades cardíacas. Además de entrenamiento al esfuerzo del cardiópata y el control de factores de riesgo cardiovascular, la unidad también proporciona programas de educación sanitaria, atención psicológica y evaluación sociolaboral a través de un trabajador social. Todo esto es posible gracias al equipo de profesionales que integra esta Unidad, compuesto por personal médico, de apoyo psicológico, de enfermería, rehabilitador y asistencia social ⁽¹⁴⁾.



Imágenes 1 y 2. Unidad de Rehabilitación Cardíaca (sala de entrenamiento y pruebas de esfuerzo). Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

1.5. Papel de Enfermería en Rehabilitación Cardíaca

La enfermería tiene una filosofía de responsabilidad y ética para cuidar la vida humana y promover el bienestar en todas las dimensiones. La práctica de enfermería trabaja en conjunto con otras disciplinas para el bienestar social y utiliza un método sistemático para valorar, diagnosticar, ejecutar y evaluar intervenciones en los pacientes. En el caso específico de pacientes con enfermedad cardiovascular aguda, el proceso de enfermería identifica problemas de salud y toma decisiones basadas en el conocimiento y evidencia existente ⁽¹⁵⁾.

Existe un documento llamado "Proyecto RECA-BASIC: Recursos Educativos para la Rehabilitación Cardíaca en Enfermería" que desarrolla un programa educativo para enfermeros especializados en RC en España, elaborado por enfermeros expertos en cardiología. En el documento, se habla de la fase uno como una intervención que se realiza en el periodo de hospitalización, con la movilización precoz del paciente y el comienzo de la educación para la salud en la unidad de cuidados intensivos coronarios o por ende en una planta de hospitalización. Por ello, es el primer contacto que tiene el paciente con el programa de RC, en el cual el profesional debe de presentar una actitud que genere confianza y le anime a realizar una buena adherencia al cambio que va a producirse después del alta en la vida del paciente. A su vez, en el documento se habla de las actividades que Enfermería debe de seguir en esta fase, las cuales están orientadas en tres áreas (integral, educación sanitaria e inicio del ejercicio físico) ⁽¹⁶⁾.

En el documento se aportan los principales objetivos de la Fase I a tener en cuenta con el paciente: Evitar el deterioro del reposo prolongado (procurando la movilización precoz y progresiva del paciente en función de su tolerancia), realizar pruebas diagnósticas para establecer la estratificación de riesgo cardiológico, estudiar posibles alteraciones psicológicas en el paciente, evaluar la presencia de factores de riesgo cardiovascular y el estilo de vida del paciente, diseñar y desarrollar un plan de cuidados individualizado para el paciente y promover actividades que eduquen sobre los factores de riesgo cardiovasculares ⁽¹⁶⁾.

En la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Canarias, la enfermera, junto al personal de fisioterapia, realizan la Fase I. En ella, se realiza una entrevista al paciente que ha sido admitido en el programa y está pasando su periodo de recuperación intrahospitalario, con la finalidad de conocer su situación vital, laboral y su compromiso con el programa. A su vez, la enfermera le aporta una serie de indicaciones a seguir en el periodo post-recuperación hasta que tiene la primera consulta extrahospitalaria con el cardiólogo y comienza con el programa de RC. Es fundamental que el paciente preste atención a las directrices que se le está otorgando, ya que de ellas dependerá su adaptación y la prevención de complicaciones una vez se le haya dado el alta.

2. Antecedentes

De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, en 2020 hubo un total de 136,518 ingresos hospitalarios por enfermedades cardíacas agudas en todo el país. En 2021 el grupo de enfermedades circulatorias se sitúa como primera causa de muerte, correspondiéndole el 26,4% del total ⁽¹⁷⁾.

Además, según el informe de Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística en 2019 las enfermedades del sistema circulatorio, incluyendo las enfermedades cardíacas, fueron la causa principal de ingresos en hospitales públicos en España, representando el 14% del total de ingresos ⁽¹⁸⁾.

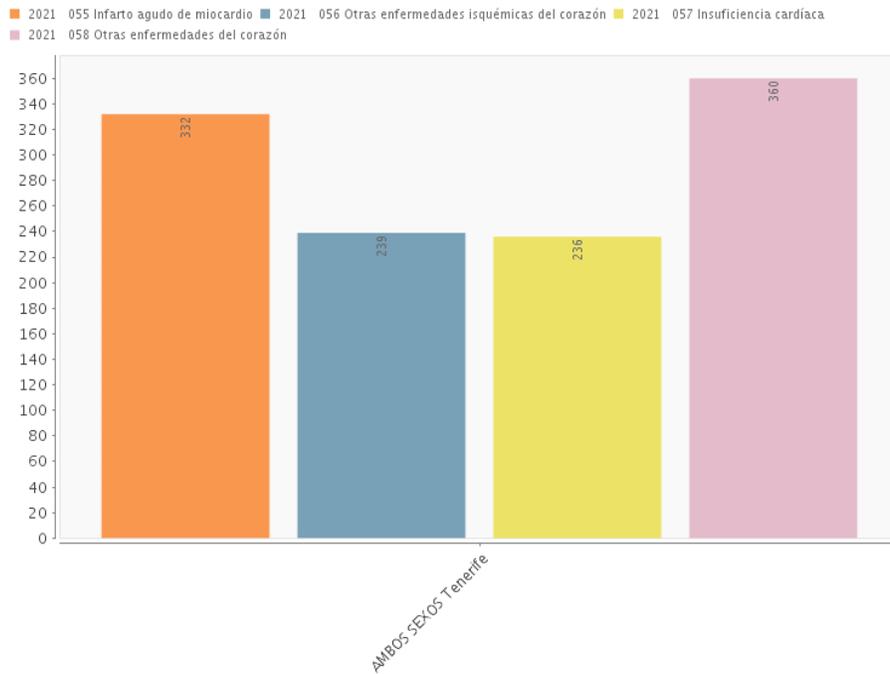
En términos de mortalidad, las enfermedades del sistema circulatorio también fueron la causa principal de muerte en España en 2019, representando el 29.3% del total de defunciones. Estos datos resaltan la importancia de las enfermedades cardíacas agudas como un problema significativo de salud en España, tanto en términos de ingresos hospitalarios como de mortalidad ⁽¹⁹⁾.

Según las últimas estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, en el año 2021 se registraron un total de 28.852 fallecimientos por enfermedad isquémica del corazón, que incluye el infarto agudo de miocardio. Esta cifra representa el 6,40% del total de defunciones registradas en el país ese año.

En Canarias, según los últimos datos publicados por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), en el año 2021 se registraron un total de 864 fallecimientos por infarto agudo de miocardio. Esta cifra representa el 5% del total de defunciones registradas en el archipiélago ese año. En Tenerife, fallecieron 332 personas por IAM ⁽²⁰⁾.

Por otro lado, en relación con la insuficiencia cardíaca aguda, según los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Sistema Nacional de Salud de España, en el año 2019 se registraron un total de 53.129 ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca aguda en el país ⁽²¹⁾.

En Canarias, según los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Servicio Canario de la Salud, en el año 2019 se registraron un total de 2.030 ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca aguda ⁽²¹⁾.



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Consejería de Sanidad.

Imagen 3. Gráfico de defunciones según causa de muerte en la isla de Tenerife en el año 2021 ⁽²⁰⁾.

En relación con la disección de aorta, el Registro Español de Disección Aórtica (RESIDA), que recoge información de 21 hospitales españoles, la mortalidad hospitalaria por disección aórtica aguda tipo A (la forma más grave y potencialmente mortal de la enfermedad) fue del 23,2% en el periodo 2003-2012 ⁽²²⁾.

El Dr. Jerry Morris de Londres fue uno de los primeros en demostrar que los pacientes con enfermedades cardíacas podían realizar ejercicio sin sufrir efectos negativos. En 1953, realizó un estudio que comparó a los conductores de autobuses londinenses, que tenían un estilo de vida activo, con los conductores de autobuses de la misma edad que tenían trabajos sedentarios. Descubrió que los conductores activos tenían una incidencia mucho menor de enfermedad cardíaca que los conductores sedentarios ⁽²³⁾.

Estos hallazgos sentaron las bases para la inclusión del ejercicio en los programas de rehabilitación cardíaca en las décadas siguientes. A medida que se realizaban más investigaciones, se descubrió que el ejercicio, combinado con la educación sobre la enfermedad cardíaca y los cambios en el estilo de vida, podía mejorar la salud cardíaca y reducir la mortalidad en pacientes con enfermedades cardíacas ⁽²³⁾.

Todos estos datos nos indican que estas enfermedades están a la orden del día y que, por ende, la prevención primaria, secundaria y terciaria son más que necesarias y están justificadas. Por ello, la rehabilitación cardíaca es muy importante para todos los pacientes que hayan sufrido un evento cardíaco agudo o de este tipo, y es un problema que no todos los pacientes puedan acceder ⁽²³⁾.

A pesar de la rentabilidad y los efectos positivos de los programas de Rehabilitación Cardíaca, su desarrollo es insuficiente en todo el mundo. En Estados Unidos, solo el 10-20% de los más de 2 millones de pacientes con indicaciones participaron en el año 2001. Según estudios recientes, La American Heart Association concluyó que solo el 10-30% de los pacientes con indicaciones son incluidos en los programas de Rehabilitación Cardíaca, y los porcentajes más bajos se dan en las mujeres y en las minorías ⁽²⁴⁾.

En 2022 se realizó un análisis entre los años 2010-2018 en distintas bases de datos, el cual se titula “Análisis del estado de la rehabilitación cardíaca en España: una revisión sistemática exploratoria” El análisis utilizó un total de 35 artículos para medir la efectividad de la RC. En los resultados encontramos una reducción de la mortalidad tras la realización del programa, un aumento de los reingresos en un 34% y una baja tasa de mortalidad (menor al 5%). En cuanto al ámbito laboral, un 63% de los pacientes se reincorporaron a sus puestos de trabajo. En la esfera psicológica también existe mejoría con una disminución de la frecuencia de pacientes con ansiedad y depresión. En cuanto a las mujeres, destaco una baja participación en los estudios y por ende en la RC, con un porcentaje inferior al 30% del total de la muestra. En conclusión, muestran la necesidad de seguir con la investigación sobre los efectos de la RC y que incluyan a más mujeres ⁽²⁵⁾.

En la actualidad, en España hay alrededor de 135 Unidades de Rehabilitación Cardíaca, según la Dra. Raquel Campuzano, quien es la presidenta electa de la Asociación. Sin embargo, este número es insuficiente para atender a todos los pacientes que necesitan estos servicios. Hasta ahora, solo el 10-15% de los pacientes con indicación para rehabilitación cardíaca tenían acceso a estos programas. *“La mayoría ha sufrido un infarto o una angina de pecho, y cada vez son más los pacientes con insuficiencia cardíaca. La rehabilitación también es muy recomendable para aquellos que han sido intervenidos de*

cirugías valvulares, cardiopatías congénitas, tienen enfermedad arterial periférica o incluso varios factores de riesgo”, apunta la experta ⁽²⁶⁾.

Por otro lado, la importancia de la rehabilitación cardíaca tan pronto como sea posible ayudaría a un seguimiento exhaustivo del paciente, el cual se beneficiaría de una mejora de su supervivencia después de haber sufrido un evento cardíaco agudo como el infarto agudo de miocardio. El estudio FINAMI (Finnish Acute Myocardial Infarction) publicado en el Journal of the American College of Cardiology en 1997, encontró que la mortalidad a los 28 días después de un IAM disminuyó significativamente en los pacientes tratados con terapia de reperfusión (angioplastia coronaria o trombólisis) en comparación con los pacientes que no recibieron tratamiento de reperfusión ⁽²⁷⁾.

Este estudio se centró en pacientes finlandeses con IAM y analizó los efectos de la terapia de reperfusión en la mortalidad a los 28 días después del evento. Los resultados indicaron que la terapia de reperfusión se asoció con una reducción del 36% en la mortalidad a los 28 días después del IAM, lo que sugiere que la terapia de reperfusión es un tratamiento efectivo para mejorar la supervivencia a corto plazo después de un IAM.

A su vez, un estudio más reciente llamado VALIDATE-SWEDEHEART publicado en la revista Circulation en 2019, analizó la mortalidad a los 28 días después del IAM en una cohorte grande de pacientes suecos. El estudio encontró una tasa de mortalidad del 4,7% a los 28 días después del IAM, y que el tratamiento con terapia de reperfusión se asoció con una reducción significativa en la mortalidad a los 28 días después del evento ⁽²⁸⁾.

Por otro lado, el artículo de 2020 "La Importancia de la Enfermería en la Rehabilitación Cardíaca" publicado en la Revista Sanitaria de Investigación aborda la importancia de la enfermería en la rehabilitación cardíaca como parte de un equipo multidisciplinar que atiende a pacientes con enfermedades cardiovasculares.

El artículo enfatiza que la enfermería juega un papel fundamental en la prevención de complicaciones y la promoción de la salud cardiovascular a través de intervenciones educativas y de estilo de vida, monitoreo de síntomas y tratamiento de factores de riesgo.

También se mencionó la importancia del cuidado centrado en el paciente y la individualización de los programas de rehabilitación cardíaca, donde enfermería juega un papel fundamental en la coordinación y seguimiento del tratamiento ⁽²⁹⁾.

3. Justificación

La rehabilitación cardíaca es un conjunto de terapias y cuidados coordinados que buscan mejorar la salud del corazón y la calidad de vida de las personas que han sufrido eventos cardíacos o tienen enfermedades crónicas del corazón. Se aplican diferentes enfoques, como ejercicios supervisados, educación en hábitos saludables y apoyo emocional y social. Es personalizado y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente y es llevado a cabo por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud capacitados en esta área.

A pesar de ser tan fundamental en la recuperación de los pacientes, los criterios de inclusión para el programa varían según la institución que lo imparte, no obstante, la atención que se le da a los pacientes es personalizada, valorando unos criterios de inclusión y exclusión tomando como datos todos aquellos aspectos importantes de la vida del paciente (psicológicos, socioeconómicos y físicos) que ayudan a evaluar la adherencia al programa y a que grupo de entrenamiento pertenecerá. Esto da lugar a que muchos de los pacientes no sean admitidos en el programa de RC, por ello, hay un problema sustancial, ya que muchos pacientes que podrían beneficiarse, no lo hacen.

En RC, la enfermera realiza una intervención con el paciente en la que le comunica su admisión en el programa, además de hacerle una entrevista en la que recoge datos importantes de este y le aporta información e indicaciones fundamentales para que el paciente siga recuperándose cuando reciba el alta después de haber sufrido un evento cardíaco agudo, como un IAM, una insuficiencia cardíaca aguda o una disección aórtica.

Esta fase en la que se le otorga información al paciente de cómo manejar su recuperación extra-hospitalaria y adaptación a su entorno puede aportar al paciente un respaldo terapéutico muy fundamental en los primeros 28 días, periodo en el cual se ha demostrado que aumenta la supervivencia de aquellos pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio y están asociados a una terapia de reperfusión coronaria.

La mejora de la calidad de vida post – hospitalización de los pacientes que han recibido esta intervención por parte del personal de Enfermería, evidenciaría la importancia de dicha fase y expondría la necesidad de plantear un modelo de seguimiento para todos aquellos pacientes que hayan sufrido una enfermedad cardíaca aguda, independientemente de si están o no admitidos en el programa de ejercicios de RC.

4. Objetivos

General

Comparar la calidad de vida un mes después del alta de los pacientes con evento cardíaco agudo que han recibido la fase I de rehabilitación cardíaca por el personal de Enfermería en el Hospital Universitario de Canarias frente a los que no la han recibido.

Específicos

Evaluar el papel de la Enfermería en la Fase I de la Rehabilitación cardíaca.

Determinar la importancia de la fase I impartida por Enfermería en el programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Universitario de Canarias.

Identificar la necesidad de creación de un modelo de seguimiento mínimo 28 días tras el alta impartido por Enfermería para los pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo.

HIPÓTESIS

H0: La fase uno impartida por enfermería en un programa de rehabilitación cardíaca no mejora la calidad de vida después del alta en los pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo.

H1: La fase uno impartida por enfermería en un programa de rehabilitación cardíaca mejora la calidad de vida después del alta en los pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo.

5. Metodología

5.1. Diseño

Para comparar la calidad de vida después del alta en los pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo y han recibido la fase uno impartida por Enfermería frente a los que no la han recibido, se llevará a cabo un estudio cuantitativo de tipo observacional - descriptivo de corte transversal en el Hospital Universitario de Canarias. En este estudio, se seleccionaría una muestra de pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio / insuficiencia cardíaca aguda / disección aórtica y se dividirían en dos grupos: aquellos que han recibido una intervención impartida por enfermería (fase I de Rehabilitación cardíaca) y aquellos que no la han recibido. Una vez pasado un mes (28 días mínimo), se les proporcionará una encuesta de calidad de vida validada y estandarizada en ambos grupos de pacientes y se compararían los resultados obtenidos.

5.2. Lugar de Estudio

El proyecto se llevará a cabo en el Hospital Universitario de Canarias.

5.3. Población y muestra

La población de estudio la abarca los pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo (infarto agudo de miocardio / disección aórtica / insuficiencia cardíaca aguda) y han sido ingresados en el Hospital Universitario de Canarias, esto puede dar lugar a una población demasiado grande. Por ende, se tomará este estudio como piloto, siendo una investigación preliminar diseñada para evaluar la factibilidad, viabilidad, y potencial efectividad de un estudio más amplio en términos de metodología, procedimientos, recolección de datos y análisis. El tamaño de la muestra será de 100 pacientes, lo suficientemente grande como para obtener una idea aproximada de los resultados y a su vez, pequeña como para poder realizar cambios o correcciones una vez se quiera extrapolar a un estudio mayor. De los 100 pacientes, 50 habrán recibido la fase I por Enfermería en el programa de Rehabilitación Cardíaca, los 50 restantes no habrán recibido dicha fase.

5.4. Material y método

Para estudiar la calidad de vida de los pacientes, se utilizará como método una encuesta validada.

El EuroQol-5D (EQ-5D) es un cuestionario genérico usado para determinar la calidad de vida en relación con la salud (Anexo 1). Tiene dos partes: el sistema descriptivo, que evalúa el estado de salud en cinco dimensiones, y la escala visual analógica (EVA), que evalúa el estado de salud general en una escala de 0 a 100. El EQ-5D también incluye un índice de valores sociales que se utiliza para comparar la calidad de vida entre diferentes poblaciones. Es una herramienta fácil de administrar, válida y confiable en diferentes poblaciones, y se utiliza en la investigación y la práctica clínica ⁽³⁰⁾.

5.5. Criterios de inclusión

Pacientes que:

- Han padecido por primera vez un infarto agudo de miocardio / insuficiencia cardíaca aguda / disección aórtica.
- Han sido ingresados y dados de alta después de su recuperación en el Hospital Universitario de Canarias.
- Han recibido o no la Fase I de Rehabilitación Cardíaca impartida por Enfermería.

5.6. Criterios de exclusión

Pacientes que:

- Han padecido cualquier otro tipo de patología que no sea infarto agudo de miocardio / insuficiencia cardíaca aguda / disección aórtica.
- Pacientes que hayan padecido más de una vez las patologías nombradas en el punto anterior.
- No han sido ingresados en el Hospital Universitario de Canarias.

5.7. Variables

Variables independientes

Para un estudio que compare la calidad de vida de pacientes que han sufrido un infarto y han recibido la fase uno de rehabilitación cardiaca frente a los que no la han recibido, se podrían considerar las siguientes variables independientes:

1. Edad: la edad puede influir en la calidad de vida, por lo que es importante considerarla en el análisis.
2. Sexo: el género también puede ser un factor que influya en la calidad de vida y la recuperación.
3. Gravedad del infarto: la gravedad puede ser un factor importante en la recuperación y la calidad de vida posterior.
4. Tiempo transcurrido desde el infarto: el tiempo transcurrido puede influir en la recuperación y la calidad de vida posterior.
5. Presencia de otras enfermedades: la presencia de otras enfermedades o condiciones de salud pueden afectar la calidad de vida y la recuperación.
6. Frecuencia y duración de la fase uno de rehabilitación cardiaca: la frecuencia y duración de la fase uno de rehabilitación cardiaca puede ser importantes para determinar su impacto en la calidad de vida y la recuperación.

Variables dependientes

Las variables dependientes incluyen las siguientes:

1. Calidad de vida relacionada con la salud: objeto fundamental que va a evaluarse en el estudio y por ello se utilizará instrumentos de evaluación estandarizados.
2. Función física: la capacidad para realizar actividades físicas puede ser una medida importante de la calidad de vida después de un infarto.
3. Función cognitiva: la función cognitiva puede verse afectada por un infarto y puede ser un factor importante en la calidad de vida posterior.
4. Síntomas depresivos y de ansiedad: la presencia de estos síntomas puede afectar la calidad de vida y la recuperación después de un evento cardíaco agudo.
5. Hospitalizaciones posteriores: las hospitalizaciones posteriores pueden ser una medida indirecta de la calidad de vida y la recuperación.
6. Mortalidad: la mortalidad es una medida importante de la gravedad de la enfermedad y de la eficacia del tratamiento.

En general, las variables dependientes deben estar relacionadas con la calidad de vida y la recuperación y deben ser medibles y observables para poder ser analizadas estadísticamente.

5.8. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se contratará a un profesional y el programa IBM SPSS Statistics 28 compatible con el sistema operativo Windows.

Para obtener el índice EQ5D y analizar el perfil EQ5D, utilizaremos una herramienta de cálculo gratuita en una hoja de Excel descargada desde la página web oficial de EuroQol (<http://www.euroqol.org/>).

Las variables cuantitativas en este proyecto se expresarán mediante la media y su desviación estándar. Por ello, se utilizarán pruebas estadísticas como el t-test de dos muestras para comparar las medias entre los grupos que recibirán la intervención de enfermería y los que no la recibirán. El resultado se comparará con un valor crítico de T en una tabla de distribución T de Student. A su vez, para muestras con distribución no homogénea se utilizará el test de Kruskal-Wallis.

En cuanto a las variables cualitativas, se utilizará la prueba de Chi-cuadrado, para comparar la proporción de pacientes que experimentarán una mejora en la calidad de vida después del alta en ambos grupos.

5.9. Limitaciones del estudio

El estudio tiene limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados:

1. Limitaciones en el tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra en el presente proyecto corresponde a un estudio piloto, en la cual nos permitirá obtener estimaciones iniciales para el cálculo del tamaño de la muestra para realizar un estudio de mayor escala.

6. Consideraciones éticas

Para poder llevar a cabo el proyecto en el Hospital Universitario de Canarias, debemos dar constancia de las intenciones y el fundamento del mismo al Comité de Ética. Esto es necesario para obtener la autorización necesaria y la información que precisemos. Por ello, describiremos brevemente en una carta lo que se estudiará en el proyecto, los objetivos que se pretenden alcanzar y el cuestionario que deberán cumplimentar los pacientes seleccionados para el proyecto (Anexo 2).

Por otro lado, se les facilitará a los pacientes un consentimiento informado antes de la realización del cuestionario (Anexo 3). Esto se hace con el fin de asegurar la correcta confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. ⁽³¹⁾

6.1. Tiempo de estudio

CRONOGRAMA																									
Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Diseño del estudio	■	■	■	■																					
Solicitud de permisos					■	■																			
Selección y captación de la muestra							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Trabajo de campo								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Análisis estadístico																				■	■	■			
Creación del informe																							■		
Comunicación y difusión de los resultados																								■	

Tabla 1. Cronograma

7. Discusión

La Rehabilitación Cardíaca es una segunda oportunidad para aquellas personas que han sufrido un evento cardíaco que ha puesto en peligro sus vidas. Hoy en día, no se disponen de los recursos suficientes para poder abarcar a tantos pacientes en los programas de RC, esto da lugar a que una vez reciben el alta después de la recuperación hospitalaria, no posean las indicaciones y el apoyo suficiente para retomar su vida adaptada a una nueva condición como es un antecedente cardiovascular crítico.

Es frecuente ver a personas que acaban abandonando su plan terapéutico, dejando de hacer ciertas acciones por miedo a que vuelva a ocurrir el evento, teniendo depresión o estrés por no saber afrontar la situación y, sobre todo, teniendo hábitos perjudiciales para su salud. Bajo mi experiencia, los pacientes que han vivido un acontecimiento de ese calibre necesitan apoyo y seguimiento para poder recuperar el control de su salud.

A pesar de que las enfermedades cardiovasculares están presentes en el día a día, la desinformación de la población ante los hábitos saludables y aquellas conductas de salud a evitar para reducir los riesgos de padecerlas es destacable. Por ello, se concluye que la prevención terciaria que deben hacer los profesionales de la salud a aquellos pacientes que han sufrido una enfermedad cardiovascular aguda debe ser completa y eficaz.

Es por ello que considero sumamente importante un espacio con el paciente en el que se le brinde apoyo y se le escuche, como la fase uno de RC, donde una enfermera visita a los pacientes que están recuperándose de un evento cardíaco en el hospital y habla con ellos acerca de cómo se sienten, como eran sus hábitos antes del evento y si están dispuestos a cambiarlos después del alta, así como otorgarles indicaciones a seguir en el ámbito extrahospitalario hasta que reciban una consulta con su cardiólogo/a. Un estudio que valore la calidad de vida de estos pacientes que reciben esta fase frente a los que no, puede darnos datos acerca de si la Enfermería puede llegar a ser ese pilar que acompañe y apoye a esos pacientes.

Ante la afirmativa de una mejora de la calidad de vida de estos pacientes, se debería de dar más importancia a esta fase de la RC, ya que se dan muchos casos en los que los pacientes se van de alta sin haber recibido esta intervención. Por otro lado, al ser una fase propia de un programa, se podría plantear la necesidad de implantar esa intervención como una acción generalizada para todos aquellos pacientes que hayan sufrido un evento cardíaco agudo y se hayan recuperado en el hospital, de esta manera, todos se beneficiarían y no existiría el problema de no poder abarcar a todos, como ocurre con RC.

Bajo mi opinión, la fase uno de RC es el elemento clave a estudiar para concluir si el papel de la Enfermería en los pacientes cardíacos influye en la calidad de sus vidas después del alta. Además, a grandes rasgos se podría plantear un seguimiento realizado por Enfermería durante los 28 días después del alta, los cuales son decisivos para aumentar el pronóstico de vida de las personas que han sufrido un evento cardíaco agudo como un infarto agudo de miocardio. Esto le aportaría al paciente apoyo para la adherencia al plan terapéutico, establecer hábitos saludables y para un buen afrontamiento mental, con el fin de evitar recidivas y complicaciones, aspectos que son tan necesario hoy en día, donde las patologías cardíacas están liderando las cifras de mortalidad e ingresos hospitalarios.

Nos encontramos en una época donde la falta de recursos y de personal, dan lugar a una saturación de los servicios y aumento de las listas de espera, en una población que cada vez sufre más patologías cardiovasculares, por lo que debemos considerar estrategias de atención al paciente que ayuden a evitar complicaciones y futuros nuevos ingresos. La Enfermería es una profesión que confiere cada vez más relevancia en los distintos ámbitos sanitarios, aspectos como la educación para la salud y la detección temprana de complicaciones son manejadas por las enfermeras/os cotidianamente. Por ello, considero que la Enfermería podría ser una gran aliada para todos aquellos pacientes que después de sufrir un evento cardíaco agudo, deben adaptarse a las nuevas indicaciones terapéuticas manteniendo una buena calidad de vida.

Por último, dado el potencial de este proyecto para contribuir significativamente a la investigación en este campo, me gustaría asegurarme de que no se vea limitado por su actual estado de desarrollo. Por ello, quiero expresar formalmente mi intención de que el proyecto de investigación que estoy llevando a cabo pueda servir como base para futuros estudios, incluyendo la posibilidad de que se convierta en una tesis doctoral.

8. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares (ECV); 2017 [consultado 18-04-2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Vaduganathan M, Mensah JA, Turco-Varieur J, Fuster V, Roth GA. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk. *Journal of the American College of Cardiology*. 2022;80: 2361–71.
3. Junta de Andalucía. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el siglo XXI: Diferencias entre Andalucía y España. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica; 2022.
4. Sweis NR, Arif J. Síndromes coronarios agudos (ataque al corazón, infarto de miocardio, angina inestable). 2022; [consultado 18-04-2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-del-corazón-y-los-vasos-sanguíneos/arteriopatía-coronaria-coronariopatía/síndromes-coronarios-agudos-ataque-al-corazón-infarto-de-miocardio-angina-inestable>
5. Coll-Muñoz Y, Valladares-Carvajal F, González-Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Una Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Rev. Finlay*. Junio de 2016 [consultado 18-04-2023]; 6(2): 170-190.
6. Burguez S. Insuficiencia cardíaca aguda. *Rev.Urug.Cardiol*. 2017; [consultado 18-04-2023] 32(3): 370-389.
7. Umaña JP, Camacho J. Disección aórtica aguda: diagnóstico y manejo inicial. *Rev. Médica Clínica Condes*. 2022;33(3): 218-226.
8. Mostaza JM, Pintó X, Armario P, Masana L, Real JT, Valdivielso P, et al. Estándares de la SEA 2022 para el control de la dislipidemia en pacientes con alto riesgo cardiovascular. *Clin Investig Arterioscler*. 2022;34(3): 130-79.

9. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int. 2011. [consultado 18-04-2023]; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es.
10. Palacio-Uribe J, Duque-Ramírez M, Duque-González L, Ocampo-Salgado C. Rehabilitación cardíaca: una transformación acelerada durante la pandemia de COVID-19. Rev Colomb Cardiol. 2021;28(4): 360-365.
11. Maroto Montero JM. Rehabilitación cardíaca. En: López - Farré A, Macaya - Miguel C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la fundación BBVA. 1º ed. Bilbao: 2009. 385-92
12. Fundación Española del Corazón. Rehabilitación cardíaca. Madrid: La Fundación; 2018 [consultado 18-04-2023]; Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/rehabilitacion-cardiaca.html>
13. Lane-Pinson A. Actualidades en rehabilitación cardíaca. Rev Mex Enferm Cardiol. 2004;12(3): 106-11. Disponible en: [http://www.rehabilitacioncardiaca.org/files/RHC_enf_Pinson_Rev_Mex_Enf_Cardio I_2004_.pdf](http://www.rehabilitacioncardiaca.org/files/RHC_enf_Pinson_Rev_Mex_Enf_Cardio_I_2004_.pdf)
14. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Memoria anual de gestión de 2020. Rehabilitación. Tenerife: Hospital Universitario de Canarias [consultado 18-04-2023]; Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2020/gestion/servicio/rehabilit.html>.

15. Murillas-Lucía M. Epistemología del cuidado. Competencias de la profesión de enfermería en la actualidad [blog en línea]. Publicado el 25 de mayo de 2010. Disponible en: http://epistemologiadelcuidado.blogspot.com/2010/05/competencias-de-la-profesion-de_25.html
16. García P, Martínez T, Mora JA, Portuondo MT, Ramón M, Santillán A. Cuaderno de enfermería cardiovascular. Proyecto REBASIC. 1º Edición digital. Madrid: Ushuaia; 2017 [consultado 18-04-2023]; Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/cuaderno-de-enfermeria-cardiovascular/>
17. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Serie año 2021 y primer semestre 2022. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2022 [consultado 18-04-2023]; Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
18. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 18-04-2023]; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf
19. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de Defunciones según la Causa de Muerte 2021. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2022 [consultado 18-04-2023]; Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
20. Gobierno de Canarias. Análisis de mortalidad en Canarias. Canarias: Instituto Canario de Estadística (ISTAC); 2022 [consultado 18-04-2023]; Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/menu.do?uripub=urn:uuid:6fcd3c3d-3b28-4f06-b357-4b86a87d5da1>

21. Sociedad Española de Cardiología. Registro RECALCAR. La atención al paciente con cardiopatía en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2019. [consultado 18-04-2023]; Disponible en: https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/sec-recalcar/Informe_RECALCAR_2019_1.pdf
22. Evangelista A, Padilla F, López J, Calvo F, López JM, Sánchez V et al. Registro Español del Síndrome Aórtico Agudo (RESAA). Rev Esp Cardiol. 2009 62(3): 255-62.
23. Aracil - Marco A, Moya - Ramón M. Jeremy Noah Morris: el hombre que descubrió el ejercicio. Rea Inter Ciencias del Deporte. 2011;7(22): 72-3
24. Maroto-Montero JM, coordinador. Rehabilitación Cardíaca. Madrid (ES): Sociedad Española de Cardiología; 2009. [consultado 18-04-2023]; Disponible en: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>
25. Pujalte MF, Richart-Martínez M, Perpiñá-Galvañ J. Análisis de la efectividad de la rehabilitación cardíaca en España: una revisión sistemática exploratoria. Anales Sis San Navarra. 2022 abr; 45(1).
26. Sociedad Española de Cardiología. La rehabilitación cardíaca llega al fin a todos los cardiopatas en España. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2019 [consultado 18-04-2023]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/11671-la-rehabilitacion-cardiaca-llega-al-fin-a-todos-los-cardiopatas-en-espana>
27. Koukkunen H, Havulinna AS, Lehto S, Ketonen M, Mustonen J, Airaksinen JK, et al. La letalidad de los eventos coronarios agudos está mejorando incluso entre los pacientes de edad avanzada; el estudio FINAMI 1995-2012. Ann Med. 2018;50(1): 35-45.

28. Vázquez-Oliva G, Zamora A, Ramos R, Marti R, Subirana I, Grau M, et al. Tasas de incidencia y mortalidad, y letalidad poblacional a 28 días del infarto agudo de miocardio en adultos mayores. Estudio REGICOR. Rev Esp Cardiol. 2018 Sep;71(9): 718-25.
29. Alcubierre-Iriarte S, Marco-Villacampa E, Añaños-Blázquez L, Valero-Barrios S, Terrén-Portolés SI, Morant-Pablo A. Importancia de enfermería en rehabilitación cardiaca. Rev San Invest. 2022; 11(1): 35-42.
30. Forte EH, Pedroza CE, Graziano FI, Lagos C, Iglesias R. Calidad de vida de los pacientes con infarto agudo de miocardio. Rev Fed Argent Cardiol. 2018; 47(4): 196-200.
31. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, número 294. (6 de diciembre de 2018).

9. Anexos

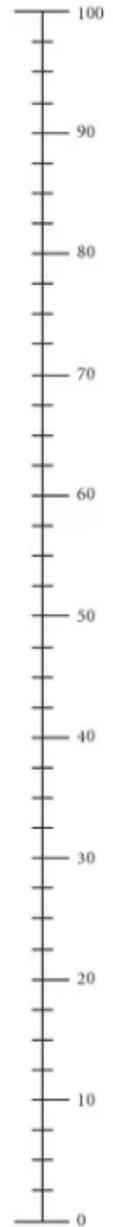
Anexo 1: Cuestionario EuroQol-5D

CUESTIONARIO DE SALUD EuroQol-5D	
Señalar con una cruz la respuesta que mejor describe su estado de salud en el día de hoy.	
Movilidad	
• No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>
• Tengo algunos problemas para caminar	<input type="checkbox"/>
• Tengo que estar en cama	<input type="checkbox"/>
Cuidado personal	
• No tengo problemas con el cuidado personal	<input type="checkbox"/>
• Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
• Soy incapaz de lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Actividades cotidianas (p.ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	
• No tengo problemas para realizar las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
• Tengo algunos problemas para realizar las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
• Soy incapaz de realizar las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Dolor / malestar	
• No tengo ni dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>
• Tengo moderado dolor o malestar	<input type="checkbox"/>
• Tengo mucho dolor o malestar	<input type="checkbox"/>
Ansiedad / depresión	
• No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>
• Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
• Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:	
• Mejor	<input type="checkbox"/>
• Igual	<input type="checkbox"/>
• Peor	<input type="checkbox"/>

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, se ha dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse. Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice "su estado de salud hoy," hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

CUESTIONARIO DE SALUD EuroQoI-5D

Por favor, ponga una cruz en la cajita que considere:

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves? (conteste a las tres situaciones)

- | | Sí | No |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • En usted mismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • En su familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • En el cuidado de otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted: Varón Mujer

4. Es usted: Fumador Ex – fumador Nunca ha fumado

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales? Si No

Si ha contestado sí, ¿en calidad de qué? _____

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?

- Empleado o trabaja para sí mismo
- Retirado o jubilado
- Tareas domésticas
- Estudiante
- Buscando trabajo
- Otros (por favor especifique) _____

7. Nivel de estudios completados:

- Leer y escribir
- Elementaria, intermedia
- Secundaria, vocacional
- Universidad

8. Si conoce su código postal, por favor indíquelo aquí:

Anexo 2: Solicitud de permiso al Comité Ético

[Fecha]

Comité Ético de Investigación Clínica Hospital Universitario de Canarias La Laguna,
Santa Cruz de Tenerife, España

Estimados miembros del Comité Ético:

Me dirijo a ustedes para solicitar su permiso para realizar un proyecto de investigación titulado "Importancia de la intervención de Enfermería sobre la calidad de vida de los pacientes admitidos en rehabilitación cardíaca en el Hospital Universitario de Canarias".

El propósito principal de este estudio es evaluar el papel de la Enfermería en la Fase I de la Rehabilitación cardíaca, así como su importancia en el programa en el Hospital Universitario de Canarias e identificar la necesidad de creación de un modelo de seguimiento mínimo 28 días tras el alta impartido por Enfermería para los pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Universitario de Canarias y se espera que dure dos años. Los participantes en el estudio serán pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo (infarto agudo de miocardio / disección aórtica / insuficiencia cardíaca aguda) y han sido ingresados en el Hospital Universitario de Canarias, quienes serán reclutados mediante vía telefónica o presencial. Se espera que el número total de participantes sea de cien pacientes.

El estudio se realizará de acuerdo con los estándares éticos establecidos por la Declaración de Helsinki y las pautas nacionales e internacionales aplicables. Los participantes serán informados sobre los objetivos del estudio y se les pedirá su consentimiento informado antes de su inclusión en el mismo. La confidencialidad de los datos de los participantes será respetada y se tomarán medidas adecuadas para garantizar la privacidad.

Se adjunta a esta solicitud el protocolo completo del estudio, incluyendo el plan de análisis de datos y los formularios de consentimiento informado que se utilizarán para la obtención del mismo.

Agradezco su consideración y espero su respuesta.

Atentamente,

Ana Martín Díaz.

Estudiante de Enfermería de 4º Curso.

Universidad de La Laguna.

xxxxxxx@gmail.com

Anexo 3: Consentimiento informado

Título del estudio: "Importancia de la intervención de Enfermería sobre la calidad de vida de los pacientes admitidos en rehabilitación cardíaca en el Hospital Universitario de Canarias".

Investigador principal: Ana Martín Díaz

Institución: Universidad de La Laguna

Fecha:

Yo, _____, con DNI _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio arriba mencionado. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin penalización alguna.

He recibido una explicación verbal y escrita del estudio y comprendo que el objetivo del mismo es evaluar el papel de la Enfermería en la Fase I de la Rehabilitación cardíaca, así como su importancia en el programa en el Hospital Universitario de Canarias e identificar la necesidad de creación de un modelo de seguimiento mínimo 28 días tras el alta impartido por Enfermería para los pacientes que han sufrido un evento cardíaco agudo.

También comprendo los procedimientos que se llevarán a cabo durante el estudio y cómo se utilizarán los datos que se recopilen. Tengo conocimiento sobre los procedimientos que se realizarán en el:

- Cuestionario sobre la calidad de vida.

También entiendo que se tomarán medidas para proteger mi privacidad y confidencialidad. La información que se recoja durante el estudio será utilizada únicamente para el propósito del mismo, y se tomarán medidas para garantizar la privacidad de mis datos. Toda la información que se recoja será almacenada de forma segura y confidencial, y sólo será accesible por el personal autorizado del estudio.

He sido informado de que el tratamiento médico que estoy recibiendo no se verá afectado por mi participación en este estudio, y que puedo retirarme del mismo en cualquier momento sin penalización alguna.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio y entiendo que puedo ponerme en contacto con el investigador principal si tengo alguna pregunta o preocupación en el futuro.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio arriba mencionado y para que se realicen los procedimientos descritos anteriormente.

Firma del participante: _____

Nombre del participante: _____

Fecha: _____