



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**MISIÓN CORAZÓN: Guía práctica de
autocuidado cardiovascular**

Cecilia Díez-Astrain Garcimartín

Tutora: Lucía Pérez Pérez

Cotutora: Paula Díaz Cueto

RESUMEN

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte a nivel mundial. La prevalencia del Síndrome Coronario Agudo aumenta cada año, siendo cada vez más personas las que sobreviven a un evento cardíaco de este tipo. La modificación del estilo de vida es fundamental para conseguir una recuperación lo más completa posible, así como para prevenir un nuevo episodio de hipoxia miocárdica. Sin embargo, el exceso de información acerca de los beneficios de las actitudes cardiosaludables es causa de confusión y falta de claridad en las pautas a seguir tras haber sufrido esta patología. Los cuidados de enfermería en todas las fases de rehabilitación cardíaca, junto con la función docente de educadoras en salud forman la piedra angular de la adhesión al plan terapéutico y la incorporación de dichas modificaciones al día a día del enfermo. La atención integral presenta gran importancia para conseguirlo, incluyendo los cuidados a la persona en la totalidad de su esfera biopsicosocial. La elaboración de esta guía, basada en la evidencia, procura aclarar los cambios cotidianos a partir de un lenguaje accesible e inteligible para la mayoría de los pacientes, independientemente de su nivel sociocultural.

PALABRAS CLAVE

Síndrome Coronario Agudo, autocuidado, enfermería, Infarto Agudo de Miocardio, cardiopatía isquémica.

ABSTRACT

Ischemic cardiomyopathy is the leading cause of mortality worldwide. Acute coronary syndrome represents a major hazard health problem, and its prevalence increases over the years, which results in a larger number of people who survive a cardiac event. Improving the patient's lifestyle lessens the modifiable risk factors; hence, it can be prevented. Furthermore, heeding the experts' recommendations expedites the recovery process. However, the information overload about the heart-healthy attitudes' benefits can cause a lack of clarity in the guidelines to follow. The aim of the nurses' role is to provide quality care during every phase of the cardiac rehabilitation, as well as acting as an educator, which constitutes the cornerstone of the patient's adherence to treatment. It is particularly important to give a holistic care, approaching the whole biopsychosocial sphere. This guide's development, based on the evidence, seeks to clarify the daily lifestyle's changes while using a plain and intelligible language for the patients, regardless of their socio-cultural status.

KEYWORDS

Acute Coronary Syndrome, self-care, nursing, Acute Myocardial Infarction, ischemic cardiomyopathy.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	II
GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	III
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVOS	5
4. METODOLOGÍA	6
5. DESARROLLO DEL TEMA	8
5.1 Manejo de los factores de riesgo cardiovasculares	9
5.2 Consejo dietético	14
5.3 Actividad física	20
5.4 Atención psicosocial	22
5.5 Actividad sexual.....	23
5.6 Vacunación y tratamiento farmacológico.....	23
6. DISCUSIÓN	25
6.1 Fortalezas.....	26
6.2 Limitaciones.....	26
6.3 Implicaciones para la práctica.....	26
6.4 Futuras líneas de investigación	26
7. CONCLUSIONES	28
8. BIBLIOGRAFÍA	29
9. ANEXOS	35
9.1 Anexo I.....	35
9.2 Anexo II.....	36
9.3 Anexo III.....	42
9.4 Anexo IV	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descriptores utilizados en la búsqueda..... 6

Tabla 2: Recomendación de niveles de presión arterial en pacientes en tratamiento activo para la HTA según la evidencia..... 10

GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- **AGM** Ácidos grasos monoinsaturados.
- **AGP** Ácidos grasos poliinsaturados.
- **AGS** Ácidos grasos saturados.
- **AHA** American Heart Association.
- **AP** Atención Primaria.
- **ApoB** Alipoproteína B.
- **c-HDL** Colesterol de alta densidad.
- **c-LDL** Colesterol de baja densidad.
- **DeCS** Descriptores en Ciencias de la Salud.
- **DM** Diabetes Mellitus.
- **FC** Frecuencia cardíaca.
- **HTA** Hipertensión arterial.
- **IAM** Infarto Agudo de Miocardio.
- **IAMCEST** Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST.
- **IAMSEST** Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del ST.
- **IMC** Índice de masa corporal.
- **MeSH** Medical Subjects Headings.
- **PAD** Presión arterial diastólica.
- **PAS** Presión arterial sistólica.
- **PRC** Programa de rehabilitación cardíaca.
- **SaCyL** Sanidad de Castilla y León.
- **SCA** Síndrome Coronario Agudo.
- **SCACEST** Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST.
- **SCASEST** Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST.
- **SRAA** Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.

1.INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica se define como el síndrome cardíaco desencadenado ante un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del miocardio, el cual genera unas alteraciones fisiopatológicas que provocan la aparición de episodios de dolor torácico. La etiología más frecuente es la arterioesclerosis de las arterias coronarias epicárdicas, tanto por la oclusión que ocasionan las placas de ateroma estables (angina de pecho) como por la fisura y trombosis de aquellas placas inestables. ^(1,2,3)

El dolor suele ser centrotorácico, opresivo, retroesternal y con sensación de quemazón. Es repentino, aunque factores como el frío o la ansiedad pueden ser predisponentes, y suele durar de 3 a 5 minutos. Es lo que se conoce como angina de pecho estable o angor. Puede desencadenarse en reposo o con el esfuerzo físico o estrés, y se alivia con nitroglicerina (debido a su acción vasodilatadora). ⁽²⁾

La exacerbación de los síntomas se denomina Síndrome Coronario Agudo (SCA). Esto ocurre por la aparición de un trombo que ocluye la luz arterial, impidiendo el riego sanguíneo. Su formación se debe a que la rotura de la placa de ateroma daña el endotelio, propiciando la activación de la cascada de coagulación, y con ello de la adhesión y agregación plaquetaria. Dependiendo del grado de oclusión y, por lo tanto, de la alteración en la actividad eléctrica y de la función cardíaca, se diferencian la angina de pecho inestable y el Infarto Agudo de Miocardio (IAM). ^(1,3)

En la angina de pecho inestable la obliteración de las arterias coronarias afectadas es parcial. El dolor, que es igual que el de la angina estable pero diseminado por el tórax, dura entre 10 y 20 minutos. Electrocardiográficamente no se observa elevación del segmento ST, por lo que también se conoce a esta angina como SCASEST. ⁽²⁾

Por su parte, el IAM se caracteriza por la aparición de necrosis tisular en el miocardio, debido a que la completa oclusión coronaria imposibilita el riego sanguíneo. Cursa con dolor subesternal o precordial, con posible irradiación a tórax, extremidades superiores, epigastrio y mandíbula. Aparece de forma espontánea y tiene una duración superior a los 20 minutos. No cede con nitroglicerina, por lo que puede estar indicada la administración de mórnicos. Además, si la fibrinólisis endógena que el propio organismo pone en marcha ante el taponamiento no es suficiente, se debe iniciar una reperfusión urgente con fibrinolíticos intravenosos o mediante un cateterismo cardíaco. Si se decide esto último

es posible que sea necesaria la colocación de uno a más stent que permitan la apertura de las arterias afectadas (cateterismo terapéutico). ⁽²⁾

Dependiendo de la localización de la zona necrosada puede ser anterior, posterior o inferior. Puede afectar al grosor completo del músculo (IAM transmural/ IAM Q), en cuyo caso se producirá una elevación del segmento ST y una onda Q patológica, siendo considerado como SCACEST o IAMCEST. Si el daño ocasionado es parcial, es decir, subendocárdico (IAM no Transmural), no se producirá elevación del segmento ST, ni se apreciará onda Q patológica, por lo que se denominará IAMSEST. ^(2,3)

El diagnóstico del SCA se basa en la realización de un electrocardiograma inmediato y de una analítica de sangre con marcadores bioquímicos de necrosis miocárdica (enzimas cardíacas: troponina, mioglobina, MB-CPK, etc). ⁽²⁾

Es importante observar al paciente durante las primeras horas posteriores al suceso, monitorizando sus constantes vitales y su actividad cardíaca, puesto que existe riesgo de Fibrilación Ventricular, y con ello de que se produzca una parada cardiorrespiratoria. ⁽¹⁾

El pronóstico del SCA depende de una serie de factores individualizados en cada caso. Uno de los más importantes es la rapidez en el inicio del tratamiento, lo que implica un pronto diagnóstico de la enfermedad. Lo ideal es comenzar con las medidas de reperfusión sanguínea en los primeros noventa minutos desde el inicio de la sintomatología. Para ello, la población debe saber identificar los posibles signos de este síndrome y la necesidad de buscar atención sanitaria de manera urgente. La respuesta favorable y buena adherencia al tratamiento pautado en los próximos 28 días del suceso se considera clave para una mejor evolución del paciente. ^(2,4)

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en Europa, y aunque su prevalencia exacta es casi imposible de determinar debido a las múltiples formas de presentación y comorbilidades asociadas, el Instituto Nacional de Estadística estima que entorno al 23% de las muertes de 2020 en España se debieron a enfermedades del Sistema Circulatorio. ^(5,6) (Anexo I) Según la Organización Mundial de la Salud, entorno al 31'4% de los fallecimientos anuales fueron atribuibles a esta causa, y más concretamente, el 16'6% fueron consecuencia de una cardiopatía isquémica. ⁽⁷⁾

Aproximadamente el 70% de fallecimientos provocados por esta enfermedad se producen en las primeras 24h, por lo que el control del enfermo en el medio hospitalario es

imprescindible. La atención sanitaria especializada de estos pacientes supone entorno a un 7,1% del gasto sanitario anual nacional, lo que se traduce en unos 9.000 millones de euros al año. ⁽⁸⁾

Si bien las previsiones indican un descenso de la mortalidad del SCA, anuncian también un aumento de casos, lo que da a entender que la supervivencia será mayor, apareciendo un gran número de personas que precisen de un cambio en sus hábitos cotidianos adecuado a esta patología. El estilo de vida es, en numerosas ocasiones, determinante en los problemas cardiovasculares, pudiendo ser modificables muchos de los factores de riesgo que predisponen a la aparición de un SCA. Entre los principales se encuentran la hipertensión arterial (HTA), el padecer diabetes mellitus (DM), el tabaquismo o la dislipemia. Además, este riesgo aumenta proporcionalmente a la edad, siendo esta considerada el factor de riesgo no modificable más significativo. ⁽¹⁾

Sin embargo, un SCA no siempre es evitable, y las personas que lo sufren son propensas a padecer secuelas tanto físicas como psicológicas propias de haber sido víctimas de una amenaza directa a la vida. La prevención terciaria juega un papel fundamental en enfermos con patologías cardíacas, siendo función de enfermería asegurar la correcta comprensión de los cambios que los pacientes deberán aplicar a sus vidas una vez recibido el alta hospitalaria. Algunos de ellos son las modificaciones en la dieta, la realización de ejercicio físico de controlada intensidad, o la toma de medicamentos específicos de manera adecuada (como los anticoagulantes). La atención enfermera desde un punto de vista holístico en la esfera biopsicosocial será imprescindible para una pronta recuperación, adhesión al tratamiento y rehabilitación de estos pacientes, mejorando su pronóstico y calidad de vida.

2. JUSTIFICACIÓN

La alta prevalencia del SCA provoca que numerosos estudios se centren en sus causas y desarrollo, generando una constante evolución en el tratamiento, prevención y cuidados de los pacientes que sufren esta patología. Esto, en muchas ocasiones, desemboca en un exceso de información difusa que acarrea la confusión de los enfermos ante la falta de unas pautas claras y definidas por parte de los diferentes profesionales sanitarios que lo atienden (médicos de familia, cardiólogos, enfermeras, etc).

Asimismo, en los artículos y guías publicados acerca de este tema se suele emplear un lenguaje específico con varios tecnicismos y palabras propias del ámbito de la salud, lo que dificulta la comprensión de lo que se explica en personas no pertenecientes a estos gremios.

Por lo tanto, la escasez de documentos de consulta que contemplen la agrupación de todos los factores que los cardiópatas deben tener en cuenta para llevar un estilo de vida óptimo, dirigidos a los pacientes y que utilicen un registro adecuado e inteligible es uno de los principales motivos de la realización de este trabajo.

Es habitual que las personas que han padecido un evento amenazante para sus vidas sientan temor hacia el futuro, y una necesidad de cambiar aquellos hábitos que pudieran haberlo propiciado o agravado. La falta de conocimiento genera una sensación de malestar y nerviosismo, incrementando la ansiedad de los pacientes que lidian con una incertidumbre ante el cambio en sus vidas. Muchas preguntas les surgirán en su día a día, y no siempre tendrán un sanitario cerca que pueda contestarles. Además, los recursos que se pueden encontrar en la web no siempre son los más fiables, pudiendo incluso contradecir las indicaciones adecuadas para su estado de salud.

La necesidad de una herramienta accesible en cualquier momento que pueda resolver las dudas de los pacientes en su cotidianidad es otra de las razones de la realización de una guía útil y práctica que abarque los principales problemas que los enfermos manifiestan al recibir el alta hospitalaria.

3. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Elaborar una guía práctica e inteligible de cuidados al alta hospitalaria dirigida a los pacientes que han sufrido un SCA.

Objetivos Específicos:

- Ampliar los conocimientos del enfermo acerca de su patología.
- Disminuir la ansiedad ante la falta de información clara.
- Promover un estilo de vida saludable adecuado a la patología en cuestión y facilitar su puesta en práctica.

4. METODOLOGÍA:

La redacción de este trabajo se ha fundamentado en una revisión bibliográfica, que ha permitido elaborar una guía práctica de cuidados basados en la evidencia (Anexo II).

Para asegurar la calidad de los documentos seleccionados se han consultado las siguientes bases de datos online: Pubmed, Science Direct, Dialnet, Google académico, CUIDENplus, SciELO. Además, se utilizó la web de la Sociedad Española de Cardiología para obtener información actualizada y fiable sobre los cuidados cardiológicos.

Se emplearon diferentes MeSH y DeCS, como se muestra en la siguiente tabla, unidos por operadores booleanos (AND, OR, NOT) para acotar la búsqueda.

Tabla 1. Descriptores utilizados en la búsqueda. Fuente: elaboración propia.

<u>MeSH</u>	<u>DeCS</u>
- Acute Coronary Syndrome	- Síndrome Coronario Agudo
- Self-care	- Autocuidado
- Nursing	- Enfermería
- Acute Myocardial Infarction	- Infarto Agudo de Miocardio
- Ischemic cardiomyopathy	- Cardiopatía isquémica

De los numerosos artículos, estudios y documentos que se encontraron, fueron seleccionados aquellos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: (Anexo III)

- Antigüedad inferior a 10 años, con excepción de aquellos vigentes según las recomendaciones actuales.
- Escritos en inglés o en español.
- Contuviesen información útil para el cumplimiento de los objetivos.

Por lo tanto, se excluyeron aquellos que:

- No cumplieran con alguno o todos los criterios de inclusión.
- Estuviesen exentos de evidencia científica.

En función de estos, se recogió la información necesaria para la creación de una guía de redacción propia, basada en la evidencia, para animar al ciudadano a corresponsabilizarse

del mantenimiento de su propia salud cardiovascular. Esta herramienta se elaboró conforme a las características descritas a continuación.

Título: Misión Corazón: Guía práctica de autocuidado cardiovascular.

Formato: cuadernillo tamaño A5 o pdf al que se accede mediante un código QR.

Población a la que va dirigida: Esta guía ha sido redactada para aquellos pacientes que tras haber sufrido un SCA deban realizar cambios en su estilo de vida al alta médica. Su uso está dirigido a las personas pertenecientes al Sistema Sanitario de Castilla y León (SaCyL). Además, para poder beneficiarse de este documento, las personas que la reciban deben saber leer, entender el idioma castellano y ser mayores de edad.

Evaluación de la herramienta: al final del documento se ha añadido una encuesta de satisfacción, (Anexo IV) que examinará la utilidad de la guía en los pacientes diana. En caso de entrega de la guía, el enfermo presentará la encuesta de manera voluntaria a los 60 días del alta médica en la consulta de cardiología.

Se recomienda que los pacientes reciban educación sanitaria por parte del personal de enfermería de la unidad de cardiología correspondiente a la entrega de esta guía.

5. DESARROLLO DEL TEMA:

El síndrome coronario agudo es una patología frecuente que provoca a los pacientes una situación de amenaza directa a la vida y, por ello, suele dejar secuelas en quien lo ha sufrido. Estas implican aspectos tanto físicos como psicológicos. La falta de control de estos efectos puede ocasionar una sensación de angustia y malestar que desemboque en problemas para la realización de las actividades de la vida diaria.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido un SCA se considera la mejor respuesta sanitaria los programas de rehabilitación cardíaca. Estos abarcan las principales medidas de prevención secundaria, implementando estrategias que resulten en una bajada de la morbimortalidad (de en torno a un 30%), un descenso en la gravedad de las secuelas y que, a su vez, engloben una prevención primaria que disminuya el riesgo de volver a padecer este síndrome. ^(9,10)

A pesar de las numerosas preeminencias que aportan los programas de rehabilitación cardíaca (PRC), valorados con el nivel más alto de recomendación científica, ⁽¹¹⁾ y de ser considerados por la Organización Mundial de la Salud como una parte indiscutible del plan terapéutico de los pacientes cardíacos, ⁽⁹⁾ tan solo el 15% de estos enfermos en España cuentan con la posibilidad de participar en alguno de ellos. ⁽¹⁰⁾

Los PRC se dividen en fases que permiten mantener una continuidad asistencial y de cuidados al paciente durante la evolución de su recuperación. La fase I engloba los cuidados que se realizan antes de dar el alta hospitalaria al paciente; la segunda (fase II), los que se llevan a cabo en los centros de rehabilitación durante las primeras semanas post incidente y, la fase III, es la conocida como ‘de mantenimiento’. ⁽¹²⁾ Durante esta última, el paciente no contará con la ayuda diaria del profesional sanitario, por lo que es importante proporcionarle herramientas (como las guías de autocuidado) que le ayuden a afianzar un estilo de vida cardiosaludable.

Con el fin de alcanzarlo se debe establecer una serie de pautas que incluyan el tratamiento de la posible causa de la patología, así como los factores de riesgo y secciones de la vida diaria afectadas por las secuelas del SCA.

Las enfermeras, ejerciendo su función de educadoras sanitarias, deben conocer, comprender y manejar los aspectos anteriormente nombrados para proporcionar unos cuidados de calidad que mejoren el pronóstico de los pacientes con problemas cardíacos.

El motivo más frecuente de la aparición de un episodio de isquemia miocárdica es la aterosclerosis, que está presente hasta en un 98% de las personas que sufren estas patologías. ⁽³⁾ Esta consiste en la formación de una placa de ateroma a raíz de una serie de cambios en la capa íntima de las arterias, causados principalmente por el acúmulo de lípidos (especialmente de lipoproteínas de baja densidad LDL), ⁽¹³⁾ que propicia una respuesta inflamatoria y fibroproliferativa desmesurada. ⁽¹⁴⁾ En consecuencia se produce un estrechamiento de la luz arterial que imposibilita el correcto riego sanguíneo al músculo cardíaco y, con ello, el desencadenamiento de los signos y síntomas propios de un SCA. ⁽¹⁵⁾ Además se puede generar una ruptura o fisura de la placa de ateroma, la cual cuenta en su interior con factores trombogénicos (como el factor tisular) que al pasar al torrente sanguíneo activan la cascada de coagulación, generando la formación de un trombo. ⁽¹⁶⁾ Si los factores fibrinolíticos propios del organismo no son capaces de lisarlo, puede ocasionar la obstrucción de alguna coronaria y producir un aporte inadecuado de oxígeno al miocardio que predispone al SCA.

La American Heart Association (AHA) recoge en sus guías la recomendación de realizar un plan de prevención primaria para impedir la formación de nuevas placas de ateroma, combinándolo con una estrategia de prevención secundaria para abordar aquellas ya existentes y evitar su ensanchamiento o fisura. ⁽¹⁷⁾ El objetivo de las modificaciones cotidianas que implica el cumplimiento de estos programas es alcanzar una salud cardiovascular óptima, minimizando el riesgo de sufrir un evento isquémico cardíaco prevenible. Para ello, la AHA destaca la importancia de tratar los siguientes aspectos: ⁽¹⁸⁾

1. Manejo de los factores de riesgo cardiovasculares: hipertensión arterial, dislipemia, sobrepeso, tabaquismo, diabetes mellitus.
2. Consejo dietético.
3. Actividad física.
4. Atención psicosocial: manejo del estrés, angustia, ansiedad y miedo.

1. Manejo de los factores de riesgo cardiovasculares

El SCA suele presentarse en pacientes con aterosclerosis, como ya se ha explicado anteriormente. Sin embargo, también se debe tener en cuenta las diferentes patologías concomitantes que el enfermo pueda padecer. Estas, como la hipertensión arterial (HTA), la dislipemia o la diabetes mellitus (DM), pueden actuar como factores de riesgo modificables que eleven la probabilidad de sufrir un episodio de hipoxia miocárdica. ^(18,19)

Por ello es imprescindible que el paciente realice un correcto control de dichas complicaciones, de manera que intercedan lo menos posible con el daño cardíaco.

1.1. Control de la tensión arterial.

Numerosos estudios demuestran la estrecha vinculación de la hipertensión arterial (HTA) con el SCA, estando presente hasta en un 80% de las personas que han sufrido un episodio isquémico de origen cardíaco. Destaca el estudio INTERHEART, el cual considera que el 25% del riesgo de padecer un IAM es atribuible a la HTA. ^(20,21) El registro REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health) indica, además, que el riesgo de mortalidad se duplica por cada 20mmHg de aumento de la presión arterial sistólica (PAS) o por cada 10mmHg de la presión arterial diastólica (PAD). ^(22,23)

La explicación de esta relación se encuentra en los cambios fisiopatológicos que implica la hipertensión arterial, que incluyen una remodelación vascular acompañada de rarefacción capilar, indicando una anomalía estructural en los vasos sanguíneos que facilitan la isquemia miocárdica. ⁽²⁴⁾

A su vez, la sobreestimulación del Sistema Nervioso Simpático y el desequilibrio en el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) que comporta la HTA favorecen la aterogenia y la desestabilización de las placas de ateroma ya formadas, propiciando su ruptura y dando lugar a un posible SCA. ⁽²⁴⁾

La guía de la Sociedad Europea de Cardiología y la European Society of Hypertension (ESC/ESH) 2018 sobre hipertensión arterial marca como objetivo la mantención de la PAD < 80mmHg para todos, independientemente del nivel de riesgo o comorbilidades del enfermo. En lo referente a los pacientes en tratamiento activo con enfermedad coronaria, se recomienda: ^(21, 25, 26)

Tabla 2. Recomendación de niveles de presión arterial en pacientes en tratamiento activo para la HTA según la evidencia. ⁽²¹⁾

Recomendación	Evidencia
PAS ≤ 130 mmHg, pero no < 120 mmHg.	IA.
PAS 130-140 mmHg para pacientes ≥ 65 años.	IA.
PAD < 80 mmHg, pero no < 70 mmHg.	IC

El tratamiento para la HTA será variable en cada caso, comprendiendo fármacos antihipertensivos combinados con otros grupos. Sin embargo, una pieza fundamental en el control de esta patología son los cambios en el estilo de vida. Una buena adherencia al plan terapéutico posibilitará que se alcancen los objetivos marcados de presión arterial, individualizados según cada paciente. Las principales medidas recomendadas para disminuir la presión arterial son: ^(21, 27)

- Restricción de la ingesta de sal: se aconseja disminuir el sodio en la dieta, situando 2,0 g al día (equivalente a 5,0g de sal) como objetivo alcanzable. ⁽²⁸⁾
- Moderación del consumo de alcohol.
- Aumento de la ingesta de frutas y verduras.
- Disminución del sobrepeso; control del Índice de Masa Corporal (IMC).
- Realización de actividad física regular.

Se deberán realizar revisiones periódicas de los niveles de tensión arterial en Atención Primaria (AP), siendo recomendable un espaciado máximo de dos meses entre mediciones en la consulta. ⁽²⁹⁾ Además, se aconseja que estos pacientes cuenten con un tensiómetro en su domicilio, de manera que anoten los valores de presión arterial varias veces por semana.

1.2. Dislipemia.

Las lipoproteínas transportan los lípidos a los diferentes tejidos, de manera que puedan realizar sus funciones estructurales y energéticas. Algunas de estas, como la lipoproteína de baja densidad c-LDL, cuentan con una proteína conocida como apolipoproteína B (apoB), que cuando presenta un diámetro inferior a 70 nm es capaz de atravesar la barrera endotelial, acumulando el contenido lipídico en la pared arterial e iniciando de esta manera la formación de las placas de ateroma. ⁽³⁰⁾

Esto explica la relación directa entre los niveles lipídicos de los pacientes y el estado de sus arterias coronarias, intercediendo en la salud cardiovascular y siendo causantes de un 50% del riesgo de sufrir un SCA cuando se mantienen elevados. ^(20,21)

La consecución de los valores óptimos lipídicos se basa principalmente en el establecimiento de un estilo de vida cardiosaludable, apoyándose en los siguientes factores cotidianos: ^(20, 27)

- Nutrición: se recomienda una dieta equilibrada pobre en grasas saturadas. Por el contrario, es conveniente el consumo abundante de productos integrales, frutas, verduras y pescado azul.
- Mantenimiento del IMC adecuado ($18-25 \text{ kg/m}^2$). Se debe evitar el sobrepeso, como se explicará más adelante en el trabajo.
- Control de la tensión arterial.
- Realización de actividad física de manera regular.
- Evitar la exposición al tabaco en cualquiera de sus formas.

En la prevención secundaria de pacientes que han sufrido un evento cardíaco o con alto riesgo de que se produzca uno, las guías europeas aconsejan una reducción al 50% del valor basal del colesterol, que es equivalente a unos valores analíticos de $< 55 \text{ mg/dl}$ de c-LDL. ⁽³⁰⁾ Para realizar este control, el enfermo debe acudir a revisiones en su Centro de Salud, y a la realización de analíticas periódicas mientras cumple con las pautas de estilo de vida saludable dadas por su enfermera de AP. ⁽²⁹⁾

1.3. Sobrepeso y obesidad.

El sobrepeso ($\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$) y la obesidad ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$) se asocian a niveles altos de lípidos circulantes, principalmente de triglicéridos. Como consecuencia se acelera la absorción hepática, provocando una lipogénesis que cursa con un aumento de lipoproteínas de baja densidad c-LDL. Esto incrementa el riesgo de aterogenia, suponiendo, por lo tanto, un factor precipitante de enfermedad cardiovascular. ⁽³¹⁾

Las personas que han sufrido un SCA, especialmente si este ha sido causado por la ruptura u oclusión ocasionada por una placa de ateroma, deben tener muy en cuenta su IMC, controlándolo a partir de una dieta sana y equilibrada, pobre en grasas saturadas, y de la realización de ejercicio diario. Además, es conveniente reducir el consumo de calorías vacías, presentes en sustancias como las que contienen alcohol.

1.4. Tabaquismo.

El tabaquismo, tanto en su forma activa como pasiva, conlleva una serie de riesgos para el correcto funcionamiento del organismo, y de manera especial para el sistema cardiovascular. Entre los cambios que ocasiona se encuentra la liberación excesiva de catecolaminas, causante de una vasoconstricción coronaria que desemboca en hipertensión arterial. Además, propicia un estado de hipercoagulación, así como una

alteración lipídica que actúa a nivel endotelial, desestabilizando las posibles placas de ateroma. ⁽³²⁾

Diversos estudios estiman un aumento del riesgo de sufrir un episodio cardiovascular de en torno a un 30% en las personas fumadoras respecto a las no fumadoras. ^(27, 33) En consecuencia, es fundamental que se ofrezca consejo antitabáquico a los cardiópatas, considerando cada situación de manera individualizada y empleando un tratamiento que comprenda desde una intervención psicosocial hasta el manejo farmacológico en casos de un grado elevado de dependencia.

El paciente debe entender los problemas que puede ocasionar el hábito tabáquico, siendo conscientes del esfuerzo que supone su abandono, pero también de los múltiples beneficios que este aporta. Se debe realizar un seguimiento de la deshabituación tabáquica en las consultas de AP, valorando y fomentando el nivel de adherencia del enfermo al plan terapéutico. ⁽²⁹⁾

1.5. Diabetes Mellitus.

El riesgo de sufrir un evento cardiovascular es en torno de dos a cuatro veces mayor cuando se padece Diabetes Mellitus. Asimismo, el pronóstico del SCA es peor, aumentando el riesgo de complicaciones y prolongando la estancia crítica hospitalaria. ^(34, 35)

Esto se debe al curso de la Diabetes Mellitus, la cual propicia una serie de cambios en el metabolismo que alteran la actividad de las enzimas endoteliales, provocando una hipercoagulabilidad debida a la activación plaquetaria. A consecuencia de esta, se producen unas condiciones protrombóticas que aceleran la aterogenia. ⁽³⁶⁾

El diagnóstico de SCA puede ser tardío en pacientes diabéticos, pues según diversos estudios la sintomatología propia de estos episodios puede retrasar su aparición hasta quince minutos, lo que empeora el pronóstico. Además, el uso de antidiabéticos orales está relacionado con una disminución de la sensibilidad en la captación electrocardiográfica, lo que puede ser causa de una falta de claridad en el dibujo de las ondas que provoque el error diagnóstico. ⁽³⁶⁾

Todo ello lleva a resaltar la importancia de un buen control de la enfermedad, siendo imprescindibles los correctos cuidados de enfermería y educación sanitaria, realizando un

seguimiento estrecho de los pacientes diabéticos con riesgo cardiovascular elevado desde la consulta de AP con una periodicidad de dos a tres meses. ⁽²⁹⁾

2. Consejo dietético

Los programas de rehabilitación cardíaca buscan la mejora de los factores de riesgo modificables. Como se ha explicado en los apartados anteriores, un cambio en el estilo de vida puede suponer un mejor pronóstico del SCA, así como un descenso en las probabilidades de que se repita. ⁽³⁷⁾

Esta forma de vida cardiosaludable se basa esencialmente en dos pilares que contribuyen a minimizar cada uno de los factores de riesgo mencionados: la dieta, y el ejercicio físico. Las enfermeras, en su función docente, deben actuar de educadoras en salud y guiar a los pacientes en la modificación de su alimentación en forma de consejo dietético.

La mayoría de los análisis sobre dietas favorables a la salud cardiovascular concuerdan en la importancia de disminuir el consumo de grasas saturadas. Sin embargo, las guías europeas inciden en los numerosos beneficios que aporta la dieta mediterránea al organismo y, particularmente al corazón. El estudio PREDIMED ⁽³⁸⁾ comparó en personas españolas con un alto riesgo cardiovascular los efectos de esta dieta frente a la tradicionalmente aconsejada baja en grasa. Los resultados demostraron una alta eficacia de la primera, acompañándola además una elevada adhesión terapéutica que, en muchas ocasiones, es uno de los impedimentos del consejo dietético. ⁽³⁹⁾

La dieta mediterránea se caracteriza por un alto consumo de grasas (principalmente de aceite de oliva) y productos vegetales, así como de pescado. Por otro lado, propone disminuir la carne, los lácteos y los productos con alto contenido en azúcares refinados. ^(40, 41) Sin embargo, la prevención secundaria en pacientes cardíacos debe promulgar un bajo consumo en grasas saturadas, como demostró el Lyon Diet Heart Study, avalado por la AHA. ⁽⁴²⁾

En cuanto a las recomendaciones que se les deben dar a los pacientes, varían según el tipo de alimento:

1. Aceites:

Por definición, los aceites están compuestos de grasa en forma de triglicéridos. En función de su estructura, se diferencian los ácidos grasos saturados (AGS), presentes en el aceite de palma y coco, y los ácidos grasos insaturados. Este último grupo se subdivide en

monoinsaturados, entre los que destaca el aceite de oliva, y poliinsaturados, como el de girasol. ⁽²⁷⁾

El aceite de oliva cuenta con evidencia científica de primer nivel en lo referente a su beneficio cardiovascular, ya que su composición lipídica tiene una incidencia positiva en la reducción de la apoB y, por lo tanto, de la lipoproteína de baja densidad c-LDL. Numerosos estudios recomiendan el uso diario de este aceite acompañando las diferentes comidas. ^(27, 30, 38)

Asimismo, se desaconseja la utilización del aceite de palma y coco, ya que su contenido en AGS es causante del efecto contrario al aceite de oliva: eleva la lipoproteína apoB y la c-LDL. ⁽²⁷⁾

2. Huevos:

La ovoalbúmina presente en la clara del huevo es una proteína de alto valor biológico, compuesta por todos los aminoácidos esenciales. Además, su contenido en vitaminas liposolubles A y D, así como en carotenoides le otorga un poder antiaterogénico beneficioso para el sistema cardiovascular. ⁽²⁷⁾

Sin embargo, la composición lipídica de la yema provoca la variabilidad de opiniones en lo referido a este alimento. Pese a que la mayoría de estos son ácidos grasos insaturados, el contenido en colesterol es alto, aunque considerado insuficiente como para desaconsejarlo. ⁽²⁷⁾

En resumen, se recomienda el consumo de unos tres huevos por semana, no siendo determinantes en la salud cardiovascular. ^(27, 38)

3. Carnes:

La carne presenta un elevado contenido en proteínas de alto valor biológico, así como en vitaminas del grupo B y colesterol. También cuenta con abundantes AGS, aunque su porcentaje varía en función del animal del que proceden: ⁽²⁷⁾

- Pollo, pavo y conejo: se consideran carnes blancas. Presentan un menor contenido en AGS.
- Ternera, vaca, cerdo y cordero: son denominadas carnes rojas. Presentan un alto contenido en purinas, por lo que su consumo habitual no es aconsejable.

Las recomendaciones indican que el consumo de carne debe ser moderado, limitándose a tres o cuatro veces por semana. Además, es conveniente desechar la grasa visible antes de cocinarla, pues ahí se encuentra el principal depósito lipídico. ^(27,38)

4. Pescado y marisco:

Incentivar el consumo de pescado es esencial en el consejo dietético de personas con enfermedad cardiovascular. Su contenido en ácidos grasos poliinsaturados n-3 de cadena larga aportan una serie de beneficios como un aumento en la elasticidad endotelial, un efecto antiagregante o una disminución de la lipoproteína c-LDL que actúan como protectores cardíacos.

El conocido como pescado azul (sardinas, atún, salmón, etc) cuenta, además, con un alto contenido en ácido eicosapentaenoico y ácido docosahexaenoico, cuyas propiedades contribuyen a un descenso del riesgo cardiovascular, relacionando varios estudios su consumo habitual con una disminución de prevalencia de SCA. Esta protección cardíaca también se debe a la presencia de aminoácidos, como la taurina, y a su alto contenido en vitamina D. ⁽²⁷⁾

Por su parte, los pescados blancos (merluza, rape o lenguado, entre otros) poseen menor cantidad y calidad lipídica, por lo que, aunque es recomendable su ingesta, se aconseja consumirlos en una proporción de 2:1, es decir, tres días a la semana comer pescado, dos de los cuales perteneciente al grupo azul y uno al blanco. ^(27, 38, 41)

5. Legumbres y cereales:

Tanto los cereales como las legumbres presentan un alto contenido en hidratos de carbono, una baja composición lipídica y un aporte significativo en fibra.

En el caso de los cereales, es aconsejable el consumo en su forma integral (hasta en cuatro raciones por día, contando con el pan), debido a los compuestos fitoquímicos que se encuentran en el grano, los cuales desempeñan un papel antioxidante. Este efecto disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular. ^(27, 41)

Además, aquellos ricos en fibra soluble (como la avena o la cebada), poseen un efecto hipocolesterolemizante, debido a la interferencia de esta en la solubilización intestinal del colesterol. Esto se observa en una bajada de los niveles de c-LDL acompañado de una tímida subida de la concentración sérica de la lipoproteína de alta densidad c-HDL. ⁽²⁷⁾

La fibra soluble también se encuentra presente en las legumbres, que ejercen también el efecto cardioprotector anteriormente explicado. Además, cuentan con numerosas vitaminas del grupo B, ácido fólico y fitoquímicos bioactivos como los fitoesteroles y las saponinas, entre otros. ⁽²⁷⁾

Se considera que el consumo de 100g de legumbres, que es lo equivalente a cuatro veces por semana, disminuye el riesgo de padecer una enfermedad coronaria hasta en un 14%, siendo, por lo tanto, recomendables para los pacientes que han sufrido un SCA. ^(27, 38, 41)

6. Lácteos:

Los lácteos contienen péptidos vasoactivos, que generan un efecto antihipertensivo, comportándose como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en el SRAA. Además, presentan ácido pentadecanoico y heptadecanoico (AGS de cadena impar), cuyo elevado contenido plasmático se relaciona con una disminución del riesgo de enfermedades coronarias. ⁽²⁷⁾

Otros nutrientes que proporcionan son proteínas y minerales, siendo la principal fuente de calcio y vitamina D. Se considera adecuada la adición de dos raciones diarias de lácteos a la dieta. ^(27, 41)

Particularmente y pese a ser rico en grasa, la ingesta habitual de queso no presenta evidencia de estar relacionada con la salud cardiovascular. Sin embargo, si el paciente es hipertenso se debe recomendar evitar los quesos curados, ya que debido a su alto contenido en sodio puede elevar la presión arterial. ^(21, 27)

7. Frutos secos:

Los frutos secos cuentan con una elevada proporción de ácidos grasos insaturados (tanto AGM como AGP n-3), así como de componentes bioactivos y antioxidantes, vitaminas y fibra. Esto es razón para recomendar su incorporación a la dieta a pacientes cardíacos. ⁽²⁷⁾

Según el estudio PREDIMED, el consumo habitual de unos 30g de frutos secos disminuye la morbimortalidad cardiovascular. Además, otros documentos relacionan su ingesta diaria con una bajada de entorno a un 10% de los valores séricos de c-LDL. ^(27, 38, 41)

8. Verduras, frutas y tubérculos:

Tanto las frutas como las verduras poseen un pobre contenido en grasa y, por el contrario, son ricas en vitaminas (como la vitamina C), fibra (soluble e insoluble) y compuestos con acción antioxidante, como los esteroides, carotenoides o flavonoides. ⁽²⁷⁾

Este marcado efecto antioxidante las otorga una capacidad antiaterogénica que se traduce en un beneficio cardiovascular, componiendo la base de la considerada alimentación saludable. Se recomienda el consumo diario de cinco piezas al día, entre fruta y verdura. ^(27, 38)

La forma de cocinado puede ser responsable de modificaciones en la biodisponibilidad de sus componentes. Los hervidos, escaldados y horneados, así como el microondas, pueden reducir hasta en un 50% la concentración de agentes antioxidantes. Por otro lado, productos como el tomate, se pueden consumir triturados, ya que el carotenoide licopeno se absorbe mejor de esta forma. ⁽²⁷⁾

En cuanto a los tubérculos, están constituidos por una gran proporción de hidratos de carbono complejos, principalmente de almidón. Se aconseja su ingesta moderada, de entorno a dos a cuatro veces por semana, y preferiblemente asados o cocidos. ⁽²⁷⁾

9. Cacao y chocolate:

El cacao es el fruto del *Theobroma cacao*, y de él deriva el chocolate. Es rico en grasas, minerales, potasio y magnesio, además de en sustancias beneficiosas para el sistema cardiovascular como los aminoácidos arginina, teobromina y triptófano. También destaca su contenido en flavonoides, presentes en mayor proporción en el chocolate negro, que favorecen la síntesis de ácido nítrico, aprovechando su efecto vasodilatador para disminuir ligeramente la presión arterial. ^(21, 27)

Los chocolates están constituidos por hidratos de carbono y grasas, ya que se elaboran a partir de pasta y manteca de cacao. Estas grasas, pese a ser AGS, no tienen efecto hipercolesterolemizante, pues destaca la presencia de ácido esteárico, que al desaturarse se simplifica en ácido oleico. ^(27, 42)

Numerosos estudios concuerdan en la disminución de la enfermedad cardíaca coronaria relacionada con una ingesta moderada de chocolate negro al 70% en cacao, con una consumición recomendada de dos o tres raciones por semana. ⁽²⁷⁾

10. Café y té:

Ambos presentan un contenido rico en polifenoles, que actúan como antioxidantes, beneficiando la salud cardiovascular. ⁽²⁷⁾

Un metaanálisis determinó que el tomar de tres a cinco tazas de café al día se relaciona con una disminución de hasta un 15% en el riesgo cardiovascular, rebajando la morbimortalidad por problemas coronarios. ⁽⁴³⁾

En lo referente al té, el verde y el negro se asocian con factores cardioprotectores, impulsados por su alto contenido en flavonoides que propicia su acción antiaterogénica. Además, su consumo habitual desciende los niveles plasmáticos de c-LDL y las cifras de presión arterial. ^(27, 43)

11. Bebidas alcohólicas y azucaradas:

Las bebidas alcohólicas están compuestas por etanol. Aquellas sometidas a un proceso de destilación, como el whiskey o el ron, presentan una graduación más elevada que aquellas fermentadas, como el vino o la cerveza.

De estas últimas destaca su contenido en polifenoles, que actúan como antioxidantes y antiaterogénicos. Además, elevan significativamente los niveles séricos de c-HDL y disminuyen los de fibrinógeno, estableciendo una acción antitrombótica cardioprotectora. ⁽²⁷⁾

Hay estudios que relacionan una disminución del riesgo cardiovascular con un consumo diario de 20g de etanol en los hombres y 10g en las mujeres. ⁽²⁷⁾ Sin embargo, no se debe recomendar la ingesta del alcohol en ningún caso, ya que el abuso de este puede dar lugar a diversos problemas de salud, relacionado con su capacidad de traspaso de la barrera hematoencefálica y sus propiedades adictivas.

En cuanto a las bebidas azucaradas, se relacionan con un aumento de la prevalencia de obesidad, hipertensión arterial y resistencia a la insulina, principalmente cuando cuentan con fructosa como endulzante. ⁽²⁷⁾ Un metaanálisis relacionó su consumo habitual con un aumento en el riesgo de padecer un SCA, por lo que se desaconsejan para pacientes cardiopatas. ⁽⁴⁴⁾

Para concluir el consejo dietético, es importante recalcar que se ha de conseguir una buena adherencia al plan terapéutico, prestando una especial atención a la alimentación.

Considerar las posibilidades económicas, sociales e incluso climáticas de cada individuo es imprescindible para proporcionar unas pautas individualizadas y adaptadas a la situación real de cada persona, que garanticen la posibilidad de cumplirlas.

3. Actividad física

El ejercicio físico de manera regular está considerado otra de las piedras angulares de la rehabilitación cardíaca, tanto en forma de prevención primaria como parte imprescindible de la recuperación de las personas que han sufrido un SCA.

Como excepción se encuentran los pacientes que presentan angina inestable o de esfuerzo, ya que la sobrecarga física podría desencadenar la sintomatología propia de estos síndromes.⁽⁴⁵⁾

La actividad debe dirigirla un profesional, y cumplir con los cuatro principios del entrenamiento físico (tipo de ejercicios, duración, intensidad y frecuencia) adaptados a la condición de salud de cada paciente de manera individualizada.

Al inicio de los PRC los candidatos se someten a una ergometría, a partir de la cual el cardiólogo determina la frecuencia cardíaca (FC) máxima que puede alcanzar cada persona. El establecimiento de la actividad deportiva debe ser gradual y paulatino, siendo vigilado en los dos o tres primeros meses post incidente.^(45,46)

Durante las 6-12 semanas después del alta médica, se comienza la fase de mantenimiento del ejercicio, en la cual el paciente o bien acude a centros deportivos específicos o continúa con la rehabilitación de manera autónoma. En esos casos, es importante explicar a los cardiopatas qué ejercicios pueden realizar con seguridad, así como la secuencia a seguir y los signos físicos que deben tener en cuenta para modular su intensidad.

Los estudios sobre este asunto en pacientes cardíacos coinciden en la recomendación de los ejercicios aeróbicos junto con ejercicios de fuerza para una mejora en el pronóstico, así como en la calidad de vida.⁽⁴⁶⁾

La puesta en práctica de actividades aeróbicas permite mejorar la capacidad cardiorrespiratoria, posiblemente disminuida tras el evento isquémico.⁽⁴⁷⁾ La frecuencia de realización de estos ejercicios comprende entre tres y cinco días a la semana, con una duración superior a treinta minutos por sesión. El paciente ha de controlar que su FC no supere el umbral establecido por su cardiólogo, y valorar la sensación subjetiva de esfuerzo basándose en la escala de Borg, (Anexo V) que debe mantenerse entre 4-7.⁽⁴⁸⁾

En cuanto a los ejercicios de fuerza, lo recomendable es practicarlos dos días a la semana, separados entre sí un mínimo de 48 horas. Su duración debe ser de en torno a veinte o treinta minutos. ⁽⁴⁸⁾

La secuencia de cualquier tipo de actividad física debe comenzar por unos ejercicios de calentamiento, de duración de en torno a diez minutos. Deben ser estiramientos suaves y dinámicos, que incrementen la flexibilidad muscular, y se aumente el trabajo cardiorrespiratorio de manera ligera. De esta forma se permite que la FC se eleve paulatinamente, minimizando el riesgo de evento isquémico por ejecución de un sobreesfuerzo. ^(46, 47, 48)

A continuación, el paciente debe aumentar la intensidad hasta alcanzar su FC predeterminada. Diferentes análisis marcan el objetivo de intensidad entre el 40 y el 85% de la capacidad funcional. Sin embargo, cada persona responde a la actividad física de diferente manera, por lo que los parámetros son individualizados. ^(46, 47, 48, 49)

En la última parte del entrenamiento, que es la de enfriamiento, la intensidad del ejercicio debe disminuir lentamente, permitiendo al corazón recuperar el ritmo de trabajo habitual. La presión arterial y la FC también se regulan de forma gradual durante los diez minutos que se han de emplear en esta fase. ⁽⁴⁹⁾

Es importante la progresión en el tiempo y el cumplimiento del programa, ya que los beneficios se pierden de uno a tres meses sin la práctica regular de deporte. ⁽⁴⁵⁾ Algunas de las recomendaciones pertenecientes a la educación para la salud durante el ejercicio físico son las siguientes: ⁽⁴⁸⁾

- Evitar la actividad física en condiciones extremas de temperatura y humedad.
- Esperar dos o tres horas después de comer para la práctica deportiva. No realizarla tampoco en ayunas.
- Estar bien hidratado antes de hacer deporte.
- Respetar las horas correspondientes a la toma de medicamentos según pauta médica.

Con el fin de garantizar la máxima seguridad en la realización de actividad física en pacientes cardiopatas se han de estratificar los ejercicios, observando la respuesta de cada persona ante el aumento de intensidad y capacidad de mantenimiento en el tiempo. Escuchar las sensaciones del enfermo es imprescindible para ajustar el nivel de

entrenamiento, asumiendo que cuanto más individualizado sea el plan de recuperación mayor será la adherencia terapéutica y, por lo tanto, mejor será el resultado.

4. Atención psicosocial

Como se ha comprobado a lo largo del trabajo, el SCA es causante de diversas secuelas que alteran el comportamiento de las personas en su día a día. Con el fin de optimizar los resultados del plan terapéutico y acelerar el proceso de recuperación de los enfermos surge la necesidad de comprender mejor la percepción de los pacientes de su enfermedad.

En numerosas ocasiones, el enfermo y el profesional sanitario no coinciden en lo que consideran importante. El entendimiento de la patología es diferente, así como la vivencia, por lo que las prioridades disciernen también, demandando una respuesta clara a sus preocupaciones que no va a obtener. Esto puede causar una sensación de angustia y de confusión que le impida abordar los cambios en su vida de manera adecuada. ⁽⁵⁰⁾

El SCA, como evento de amenaza directa a la vida, supone un desequilibrio en la percepción del paciente de su propia vida. Un estudio publicado en el *International Journal of Nursing Studies* engloba dos fases claves: la dificultad de la fase aguda, y el esfuerzo que supone recobrar la sensación de seguridad. ⁽⁵⁰⁾

En la primera se encuentra el miedo y la ansiedad que produce un evento repentino que ha acercado a la muerte al paciente. Esta influye directamente en la segunda fase, que se caracteriza por una búsqueda de explicación de la causa, acompañada de incertidumbre y preocupación ante lo que pueda pasar. Ante esta situación, es común que las personas adopten una actitud de renegociación en lo relativo a su estilo de vida. Cuando los pacientes consideran las causas que han podido desencadenar la patología y se preparan para conseguir un estado de salud futuro óptimo se establecen planes de cuidados, que junto con la ayuda de PRC y guías de autocuidado comprenden un abordaje eficaz de la enfermedad. De esta manera, se posibilita la recuperación del papel que esa persona desempeñaba en el ámbito social, laboral y familiar anterior a sufrir el evento cardíaco. ⁽⁵⁰⁾

La gestión de los sentimientos y emociones del paciente forman un importante papel en la adhesión al plan terapéutico que influyen en la calidad de los cuidados. Por ello, será imprescindible que ante cambios en el estado de ánimo se derive al profesional de la salud mental correspondiente.

Actividad sexual

La actividad sexual supone un aumento del gasto cardíaco, ya que es un ejercicio físico. En función de la capacidad de respuesta cardíaca de cada paciente, el tiempo para reaudarla será diferente. Los estudios señalan en torno a las cuatro semanas el tiempo indicado para retomar las relaciones sexuales en aquellos pacientes que no presentan angor durante la realización de ejercicio y lo toleran bien. Se considera un esfuerzo equivalente a subir dos pisos de escaleras. ^(51,52)

Es importante que sea el profesional sanitario quien aborde este tema, ya que sigue siendo evitado por algunas personas y en ocasiones los pacientes pueden sentir vergüenza al tratarlo. En 2008, un estudio realizado con enfermos ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, se determinó que hasta el 92% de las personas consideraba beneficioso el recibir información de este tema, y el 63% declaró no haberla recibido. ⁽⁵³⁾ Actualmente la actividad sexual se incluye en los PRC, facilitando así la resolución de las dudas de los pacientes mediante información veraz y proporcionada por el equipo de rehabilitación cardíaca que les instruye durante la fase II de la misma. ⁽⁴⁸⁾

Vacunación y tratamiento farmacológico

Los pacientes cardíacos son considerados grupo de riesgo para la vacunación. En Castilla y León, está indicada la vacuna antigripal de manera anual y la antineumocócica. ⁽⁵⁴⁾ Esta profilaxis es responsabilidad de AP, llevando su enfermera un seguimiento de la evolución hemodinámica del paciente, y de la evolución de su patología, así como del desarrollo de su cotidianeidad.

La enfermedad cardíaca, y específicamente el SCA, requiere de una combinación de fármacos que el paciente va a tener que tomar de por vida. La adherencia al tratamiento farmacológico es fundamental para el correcto manejo de la enfermedad.

Los medicamentos utilizados serán diferentes en cada caso, ya que atendiendo a la causa, evolución y consecuencias del evento se pautan de manera individualizada. Aunque el cardiólogo responsable, en colaboración con el médico de familia realizan un seguimiento estrecho de la eficacia y respuesta a los diferentes tratamientos, las enfermeras deben conocer los posibles efectos adversos y contraindicaciones de los mismos, así como promover la toma correcta de ellos e informar a los pacientes de los cuidados específicos

que puedan requerir (por ejemplo, avisar al paciente en tratamiento activo con anticoagulantes del riesgo de sangrado ante impactos).

Las enfermeras deben prestar cuidados atendiendo al paciente desde un punto de vista biopsicosocial, intentando dar respuesta a las preocupaciones que afecten a su salud global, y no solo a la patología. Las guías de autocuidado confieren a las personas la continuidad de cuidados basados en la evidencia promoviendo su autonomía durante el desarrollo de su vida diaria.

6. DISCUSIÓN

El paciente cardiovascular y su respuesta al tratamiento es uno de los temas más estudiados a nivel mundial. Sin embargo, no hay un consenso claro de los detalles de la tercera fase de rehabilitación cardíaca, lo que ha supuesto una dificultad en la elección de las pautas y recomendaciones, siempre buscando el mayor grado de evidencia posible.

Esta falta de consenso se ve reflejada, por ejemplo, en las indicaciones dietéticas. Estruch *et al.* ⁽³⁸⁾ defienden los beneficios de la dieta mediterránea, rica en sustancias lipídicas, alegando la significativa disminución del riesgo cardiovascular en las personas que la siguen. Sus conclusiones son similares a las de Pérez-Jiménez *et al.*, ⁽²⁷⁾ que se basa en la evidencia de las virtudes de cada nutriente para explicar el porqué de la mejoría cardíaca propiciada por esta dieta.

Los beneficios fueron demostrados por Kris-Etherton *et al.*, ⁽⁴²⁾ quienes también promulgan en el Lyon Diet Heart Study la necesidad de disminuir la cantidad de grasas que se consumen habitualmente, optando por una dieta hipocalórica y demostrando una reducción en la formación de las placas de ateroma relacionada con un menor riesgo de SCA. Este estudio, pese a ser de 2003, sigue avalado por la AHA, constituyendo la principal recomendación dietética en varias guías de rehabilitación cardíaca. ⁽⁴²⁾ Contrasta con los resultados de un estudio de la Universidad de Oxford, en el que Rayner *et al.* advierten del posible incremento de riesgo cardiovascular generado por las dietas hipocalóricas. ⁽⁵⁵⁾

En lo referente a la actividad física, la mayoría de los autores concuerdan en la preferencia del ejercicio aeróbico, y paulatinamente se publican más artículos que alaban las cualidades de los ejercicios de fuerza en los PRC. Laukkanen, ⁽⁵⁶⁾ entre otros, resuelve en su estudio que no se debe desestimar esta práctica, coincidiendo con las guías de rehabilitación cardíaca promovidas por la Fundación Española del Corazón. ⁽⁴⁶⁾

Es innegable que el autocuidado es una pieza fundamental para asegurar la obtención de resultados óptimos en el cumplimiento de un plan terapéutico. En ocasiones, el trabajo del profesional sanitario empieza y acaba con el trato al enfermo en la unidad asistencial, olvidando que la adherencia a las modificaciones cotidianas es un condicionante de la evolución de su estado de salud.

El exceso de información, tanto proveniente de la red como de diferentes sanitarios, puede generar confusión, dificultando el seguimiento de unas pautas claras y concisas que permitan al paciente establecer una base sólida de educación para la salud. Las enfermeras, en su función docente, deben proporcionar unas recomendaciones basadas en la evidencia y actualizadas en el tiempo acorde a las necesidades de los pacientes, que es lo que se ha pretendido con la elaboración de esta guía de autocuidados.

6.1. Fortalezas

La lectura de los diversos artículos, estudios y guías me ha permitido comprender las diferentes maneras de enfocar las estrategias de prevención secundaria y terciaria del SCA, concluyendo que constituyen un prisma del que el paciente es el centro. Por ello, la adaptación individualizada de las modificaciones en el estilo de vida es fundamental para asegurar una buena adherencia terapéutica y, para conseguirla, el enfermo debe conocer su patología y las formas correctas de afrontarla, estableciendo una base sólida en el autocuidado, lo cual resalta la importancia de la elaboración de esta guía.

6.2. Limitaciones

A pesar de que me hubiese gustado poner en marcha un estudio para evaluar la utilidad real de esta guía (como se explica en el apartado 6.4), por falta de tiempo se mantiene para un trabajo analítico posterior.

Además, la situación actual de pandemia ha propiciado la reducción de los grupos de rehabilitación cardíaca en fase II, siendo más complicado obtener información directa de la metodología práctica de las enfermeras en estos servicios.

6.3. Implicaciones para la práctica

La idea de realización de esta guía es que pueda ser una herramienta útil y real para los pacientes que hayan sufrido un evento coronario agudo. Por lo tanto, con la solicitud para la obtención de los permisos oportunos, sería posible su puesta en marcha complementando un PRC, como el que se ofrece en el Hospital Universitario Río Hortega (HURH).

6.4. Futuras líneas de investigación

La herramienta propuesta de valoración de la guía permitiría realizar un estudio basado en la evaluación de la utilidad de la misma. De esta forma, se podrían modificar aspectos

que los pacientes considerasen oportunos, así como analizar mediante marcadores validados el grado de mejora en la calidad de vida que ha supuesto para ellos.

7. CONCLUSIONES

El SCA constituye una amenaza directa a la vida, suponiendo un trauma físico y psicológico para la persona que lo sufre. El manejo de las secuelas y factores de riesgo es determinante en la evolución de la patología, adquiriendo gran importancia los cuidados de enfermería en forma de educación para la salud. Esta guía se ha elaborado abogando por un estilo de vida cardiosaludable, esencial para una recuperación lo más rápida y completa posible atendiendo al ser humano en su esfera biopsicosocial. La redacción de este trabajo permite concluir los diferentes aspectos:

- Las personas que sufren un SCA precisan realizar una cadena de modificaciones en su vida diaria para conseguir un estado de salud óptimo.
- El SCA deja secuelas en los pacientes, tanto físicas como psicológicas, que precisan seguimiento por un equipo multidisciplinar sanitario. Estas se pueden paliar estableciendo un estilo de vida cardiosaludable.
- El conocimiento del paciente sobre su enfermedad y la explicación de la patología y el tratamiento con un lenguaje comprensible y claro incrementan la adherencia al plan terapéutico.
- El papel docente y asistencial de las enfermeras en los PRC correctamente desarrollado es un factor determinante en la evolución de la salud del paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalá López JE, Maicas Bellido C, Hernández Simón P, Rodríguez Padial L. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Medicine* [Internet]. 2017 [citado 11 de diciembre de 2020];12(36):2145-52. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217301567>
2. Castro A, Ferreiro JL, Garcia-Moll X, Gómez JJ, Lidón RM, Marín F, et al. Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo [Internet]. España: Sociedad española de cardiología; 2015 [citado 11 de diciembre de 2020]. 129p. Recuperado a partir de: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/proceso-asistencial-simplificado-del-sindrome-coronario-agudo.pdf>
3. Baldassari E, Casabé J, Pizarro R, Rossel V. Cardiopatía isquémica. *Enfermedades Cardiovasculares*. En: *Medicina Interna basada en la evidencia* [Internet]. Argentina: Manual MIBE; 2019. Recuperado a partir de: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.2.5>
4. ¿Cuál es el pronóstico tras sufrir un IAM? [Internet]. Aula de pacientes - Salud Castilla y León. 2018 [citado 11 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-infarto-agudo-miocardio/respuestas-preguntas-frecuentes/pronostico-tras-sufrir-iam>
5. Defunciones por causa de muerte [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2018 [citado 11 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/10/&file=01000.px#!tabs-grafico>
6. Defunciones según la causa de muerte [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2020 [citado 11 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
7. Disease burden and mortality estimates [Internet]. World Health Organization. 2016 [citado 11 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
8. ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular? [Internet]. Blog impulso vital - Fundación Española del Corazón. 2016 [citado 11 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>
9. Gómez A, Miranda G, Pleguezuelos E, Bravo R, López A, Expósito JA, et al. Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). *Rehabilitación – Sermef* [Internet]. 2015 [citado 17 de marzo de 2021];49(2):102-124. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com.ponton.uva.es/science/article/pii/S0048712014001935>
10. Campuzano R, De Tiedra C. Coordinación de unidades de rehabilitación cardíaca hospitalaria con atención primaria. Incentivando la creación de unidades comunitarias. *Revista Española de Cardiología*. 2020;20(C):13-14. doi: 10.1016/S1131-3587(20)30019-4

11. Kabboul N, Tomlinson G, Francis T, Grace S, Chaves G, Rac V, et al. Comparative effectiveness of the Core Components of Cardiac Rehabilitation on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2018 [citado 18 de marzo de 2021];7(12):504. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6306907/>
12. Valle Muñoz, A. Rehabilitación cardíaca. [Internet] Fundación Española del Corazón. 2018 [citado 18 de marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/rehabilitacion-cardiaca.html>
13. Civeira F, Marco-Benedí V, Cenarro A. Papel de los lípidos en la aterosclerosis. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2021];20(D):2-7. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/abs/pii/S1131358720300236>
14. Bertomeu A, Zambón D. La placa aterogénica: fisiopatología y consecuencias clínicas. *Medicina Integral* [Internet]. 2002 [citado 23 de marzo de 2021];40(9):394-405. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-placa-aterogena-fisiopatologia-consecuencias-13041112>
15. Sheikhgholami S, Ebadifardazar F, Rezapoor A, Tajdini M, Salarifar M. Social and Economic Costs and Health-Related Quality of Life in Patients With Acute Coronary Syndrome. *Value in Health Regional Issues* [Internet]. 2021 [citado 03 de mayo de 2021]; 24(C):123–129. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/pii/S2212109920306774>
16. Rotura de la placa de ateroma [Internet]. *Cardiofamilia*. 2020 [citado 23 de marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.cardiofamilia.org/apuntes-de-cardiologia/cardiopatia-isquemica/bases-anatomicas-y-fisiopatologicas/rotura-placa-ateroma.html#:~:text=La%20placa%20de%20ateroma%20puede,trombog%C3%A9nicos%2C%20co mo%20el%20factor%20tisular>
17. Rodríguez A, Rodríguez G. La prevención y regresión de la aterosclerosis: tratamientos emergentes. *Revista Finlay* [Internet]. 2014 [citado 23 de marzo de 2021];4(2):12. Recuperado a partir de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/239/1307>
18. Balady G, Williams M, Ades P, Bittner V, Comoss P, Foody JM, et al. Core Components of Cardiac Rehabilitation/ Secondary Prevention Programs. *American Heart Association (AHA/AACVPR)* [Internet]. 2007 [citado 26 de marzo de 2021];115:2675–2682. Recuperado a partir de: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945>
19. Vázquez-Arce MI, Marqués-Sule E. Estudio descriptivo y comparativo de factores de riesgo cardiovascular y actividad física en pacientes con síndrome coronario agudo. *Atención Primaria* [Internet]. 2018 [citado 26 de marzo de 2021];50(10):576–582. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/pii/S0212656716305327>
20. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanans F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet* [Internet]. 2004 [citado 28 de marzo de 2021];364(9438):937–952. Recuperado a partir de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17018-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17018-9/fulltext)

21. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Española del Corazón* [Internet]. 2019 [citado 28 de marzo de 2021]; 72(2):160.e1-e78. Recuperado a partir de: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>
22. Guzmán L. Tratamiento de la hipertensión en el síndrome coronario agudo. En: *Terapéutica de la hipertensión en la enfermedad coronaria*. SAHA [Internet]. 2014. p. 593-597. Recuperado a partir de: <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.125.pdf>
23. Prospective Studies Collaboration. Age-Specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet* [Internet]. 2002 [citado 31 de marzo de 2021];360(9349):1903–1913. Recuperado a partir de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11911-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11911-8/fulltext)
24. Oparil S, Zaman A, Calhoun DA. Pathogenesis of Hypertension. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2003 [citado 31 de marzo de 2021];139(9):761–776. Recuperado a partir de: <https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/0003-4819-139-9-200311040-00011>
25. Xie X, Atkins E, Lv J, Bennett A, Neal B, Ninomiya T, et al. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. 2016 [citado 4 de abril de 2021];387(10017):435–443. Recuperado a partir de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00805-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00805-3/fulltext)
26. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. 2015 [citado 4 de abril de 2021];387(10022):957–967. Recuperado a partir de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01225-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01225-8/fulltext)
27. Pérez.jiménez F, Pascual V, Meco JF, Pérez P, Delgado J, Domenech M, et al. Documento de recomendaciones de la SEA 2018. El estilo de vida en la prevención cardiovascular. *Clínica e Investigación en Arterioesclerosis*. Sociedad Española de Arterioesclerosis [Internet]. 2018 [citado 4 de abril de 2021];30(6):280–310. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-pdf-S0214916818300834>
28. Reducir el consume de sal [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 4 de abril de 2020]. Recuperado a partir de: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
29. Cartera de Servicios de Atención Primaria [Internet]. SaCyL. 2019 [citado 4 de abril de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>
30. Guijarro C, Cosín-Sales J. Colesterol LDL y aterosclerosis: evidencias. *Dislipemias* [Internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2021];33(S1):25–32. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-colesterol-ldl-aterosclerosis-evidencias-S021491682100005X?referer=buscador>
31. Bryce A, Alegría E, San Martín MG. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Simposio obesidad* [Internet]. 2017 [citado 4 de abril de 2021];78(2):202–206. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200016

32. Lanas F, Serón P. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. *Revista Medicina Clínica Condes* [Internet]. 2012 [citado 17 de abril de 2021];23(6):699–705. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864012703711>
33. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang J, Milenkovic D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *The BMJ* [Internet]. 2018 [citado 17 de abril de 2021];360:j5855. Recuperado a partir de: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.j5855.full.print>
34. Capes SE, Hunt D, Malmberg K, Gerstein HC. Stress hyperglycaemia and increased risk of death after myocardial infarction in patients with and without diabetes: a systematic overview. *The Lancet* [Internet]. 2000 [citado 17 de abril de 2021];335(9206):773–778. Recuperado a partir de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(99\)08415-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(99)08415-9/fulltext)
35. Malmberg K, Yusuf S, Gerstein HC, Brown J, Zhao F, Hunt D. Impact of Diabetes on Long-Term Prognosis in Patients With Unstable Angina and Non-Q-Wave Myocardial Infarction. *American Heart Association (AHA)* [Internet]. 2000 [citado 17 de abril de 2021]; 102:1014–1019. Recuperado a partir de: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.102.9.1014?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed
36. Situaciones clínicas concretas dentro de la cardiología [Internet]. *Cardioteca*. 2013 [citado 29 de abril de 2020]. Recuperado a partir de: <http://www.cardioteca.com/formacion-cursos-cardiologia/curso-diabetes-tipo-2-para-cardiologos/4-diabetes-tipo-2-para-cardiologos-sindrome-coronario-agudo.pdf>
37. Jiménez E. Cambios de composición corporal posterior a un programa de rehabilitación cardíaca fase II. *Revista Colombiana de Cardiología* [Internet]. 2020 [citado 29 de abril de 2021];27(5):491–496. Recuperado a partir de: [https://www.sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/pii/S012056331930186X](https://www.sciencedirect.com.ponton.uva.es/science/article/pii/S012056331930186X)
38. Estruch R, Ros E, Salas-Salvador J, Covas MI. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *The New England Journal of Medicine* [Internet]. 2013 [citado 29 de abril de 2021];368:1279-1290. Recuperado a partir de: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1200303>
39. Ferrer JT, Santasusana I, Cuadrench M, González M, Girbau M, Sant C. Adherence to the Mediterranean Diet in Patients With Coronary Artery Disease. *Revista Española del Corazón* [Internet]. 2015 [citado 29 de abril de 2021];68:73-75. Recuperado a partir de: <https://www.revespcardiol.org/en-linkresolver-adherence-mediterranean-diet-in-patients-S1885585714003922>
40. Ros E. Dieta mediterránea y enfermedad cardiovascular. *Hipertensión* [Internet]. 2008 [citado 29 de abril de 2021];25(1):9-15. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/abs/pii/S0212824108708636>
41. Arós F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Revista Española del Corazón* [Internet]. 2013 [citado 29 de abril de 2021];66(10):771-774. Recuperado a partir de: <https://www.revespcardiol.org/en-dieta-mediterranea-prevencion-delaenfermedad-cardiovascular-articulo-S0300893213002492?redirect=true>

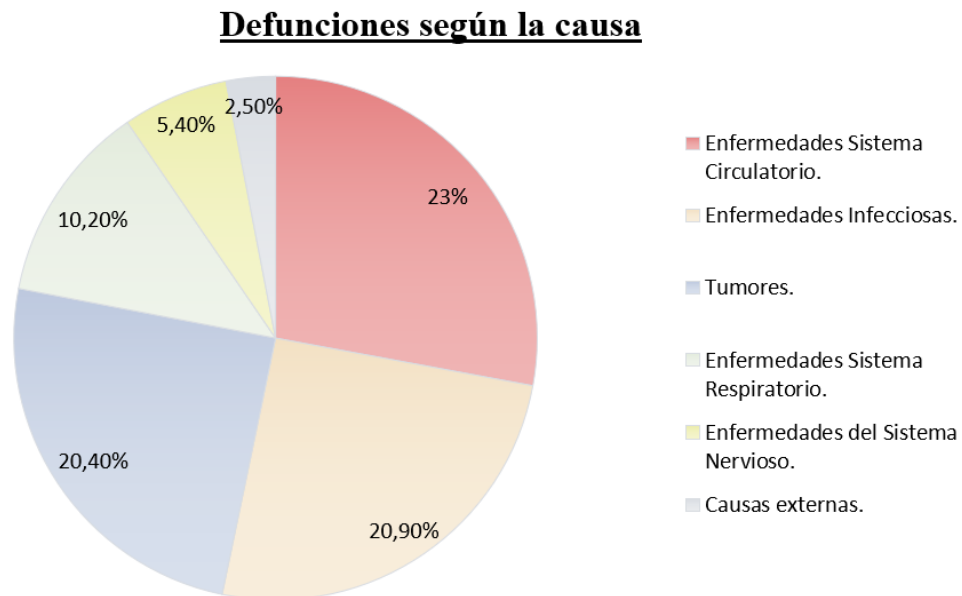
42. Etherton PK, Eckel RH, Howard BV, St. Jeor S, Bazzarre TL. Lyon Diet Heart Study. American Heart Association (AHA) [Internet]. 2001 [citado 29 de abril de 2021];103:1823-1825. Recuperado a partir de: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.CIR.103.13.1823>
43. Ding M, Bhupathiraju S, Satija A, Van Dam RM, Hu FB. Long-term coffee consumption and risk of cardiovascular disease: a systematic review and a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Circulation* [Internet]. 2014 [citado 29 de abril de 2021];129(6):643-659. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24201300/>
44. Narain A, Kwok CS, Mamas MA. Soft drinks and sweetened beverages and the risk of cardiovascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice* [Internet]. 2016 [citado 29 de abril de 2021];70(10):791-805. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27456347/>
45. Rivas E. El ejercicio físico en la prevención la rehabilitación cardiovascular. *Revista Española del Corazón* [Internet]. 2011 [citado 29 de abril de 2021];11(E):18-22. Recuperado a partir de: <https://www.revespcardiol.org/es-el-ejercicio-fisico-prevencion-rehabilitacion-articulo-S1131358711150049>
46. Ejercicio para pacientes con cardiopatía isquémica [Internet]. Fundación Española del Corazón. 2018 [citado 29 de abril de 2020]. Recuperado a partir de <https://fundaciondelcorazon.com/ejercicio/ejercicio-fisico/3175-cardiopatia-isquemica.html>
47. Berenguel A, Martín C, Gallango M. Actualización en rehabilitación cardíaca y prevención secundaria. *Medicine* [Internet]. 2017 [citado 29 de abril de 2021];12(37):2232-2242. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217301749>
48. Protocolo de Rehabilitación Cardíaca Fase II. Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid); 2020.
49. Lamotte M. Entrenamiento físico en la rehabilitación cardíaca. *EMC- Kinesiterapia – Medicina Física* [Internet]. 2020 [citado 29 de abril de 2021];41(1):1-14. Recuperado a partir de: [https://www-sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/abs/pii/S129329651943288X](https://www.sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/abs/pii/S129329651943288X)
50. Fors A, Dudas K, Ekman I. Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2015 [citado 5 de mayo de 2021];52(1):492-494. Recuperado a partir de: <https://www-sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/pii/S0020748913002691>
51. Chaparro D. La actividad sexual en los enfermos del corazón. En: Libro de la Salud Cardiovascular [Internet] p. 591-596. Recuperado a partir de: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap67.pdf
52. Chen J, Gelfan E. Post-Hospitalization care of patients with acute coronary syndrome. En: Management of Acute Coronary Syndromes [Internet] 2009; p. 173-208. Recuperado a partir de: <https://onlinelibrary-wiley-com.ponton.uva.es/doi/pdfdirect/10.1002/9780470745465.ch7>
53. Alconero AR, Casaus M, Gutiérrez E, Saiz G, Pérez C. Evaluación de la información sobre actividad sexual proporcionada a pacientes con síndrome coronario agudo. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2008 [citado 5 de mayo de 2021];19(2):78-85. Recuperado a partir de: <https://www-sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/pii/S1130239908727482>

54. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones [Internet]. SaCyL. 2018 [citado 5 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/vacunacion-personas-pertenecientes-grupos-riesgo.ficheros/1349345-Vacunaci%C3%B3n%20en%20grupos%20de%20riesgo%20de%20todas%20las%20edades%20y%20en%20determinadas%20situaciones.pdf>
55. Rayner J, Abdesselam I, Peterzan M, Akoumianakis I, Akawi N, Antoniadis C, et al. Very low calorie diets are associated with transient ventricular impairment before reversal of diastolic dysfunction in obesity. *International Journal of Obesity* [Internet]. 2019 [citado 5 de mayo de 2021];43(12):2536-2544. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6892735/>
56. Laukkanen JA. Cardiac rehabilitation in the modern interventional cardiology era. *European Journal of Preventive Cardiology* [Internet]. 2020 [citado 5 de mayo de 2021];27(16):1713-1715. Recuperado a partir de: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2047487320906304>

9. ANEXOS

ANEXO I

Gráfico de mortalidad según causa en la primera mitad de 2020 en España. Fuente: Nota de prensa de mayo del 2021 del Instituto Nacional de Estadística (INE).

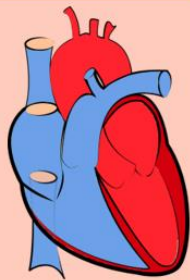


ANEXO II

MISIÓN CORAZÓN: Guía práctica de autocuidado cardiovascular.

MISIÓN CORAZÓN

GUÍA PRÁCTICA DE
AUTOCUIDADO
CARDIOVASCULAR.



Lo primero, **FELICIDADES** por utilizar esta guía.

El evento por el que usted ha pasado seguramente haya marcado un antes y un después en su vida. No se preocupe, la mayoría de las personas que han sufrido una enfermedad cardíaca comparten sus sensaciones. Es normal.

Esta guía está pensada para ayudarle a modificar su estilo de vida, de manera que se convierta en cardiosaludable, es decir, que no dañe al corazón.

Sabemos que en ocasiones recibe información confusa y difícil de entender, por lo que vamos a intentar explicarle las recomendaciones de una forma clara. Aun así, ante cualquier duda, le aconsejamos que se dirija a un profesional sanitario (médico o enfermera).

Modificar sus costumbres y adoptar una vida sana es una decisión importante y acertada, y le aseguramos que merece la pena.

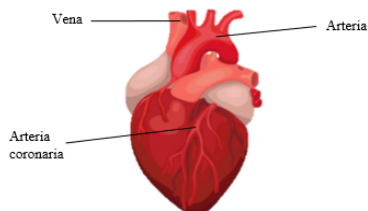
¡Esperamos que le sea útil esta guía!



EL CORAZÓN

El **corazón** es un órgano que se encarga de proporcionar oxígeno y nutrientes a todos los tejidos del cuerpo. Para ello, bombea la sangre oxigenada que llega desde los pulmones, y la envía al resto del organismo. Cuando los tejidos han captado el oxígeno y los nutrientes, devuelven a la sangre productos de desecho, que serán eliminados en los diferentes órganos.

La sangre circula por el organismo a través de los **vasos sanguíneos**. Las arterias la llevan desde el corazón a los órganos. Va cargada de oxígeno y nutrientes. Las venas, la transportan de los órganos al corazón. En este caso, la sangre contiene sustancias de desecho.



1

¿QUÉ ME HA PASADO?

Las **enfermedades cardiovasculares** son aquellas que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos.

Específicamente, el Síndrome Coronario Agudo implica un problema en el corazón y en los vasos sanguíneos que lo rodean, llamados **arterias coronarias**.



Estas funcionan como tuberías que transportan la sangre cargada de oxígeno a todas las partes del corazón, lo que le permite funcionar correctamente. Cuando una de estas 'tuberías' se obstruye, una zona del miocardio* se queda sin recibir el oxígeno. Se produce entonces el **Síndrome Coronario Agudo**, que puede ser una Angina de Pecho o un Infarto Agudo de Miocardio.



En el **infarto de miocardio**, la arteria se suele obstruir completamente, impidiendo que llegue el oxígeno y

2

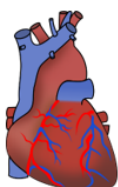
*Miocardio: músculo del corazón.

ocasionando la muerte de parte del músculo cardíaco. En la **angina de pecho**, las arterias no suelen llegar a estar completamente obstruidas. La disminución del oxígeno es menor por lo que no se produce la muerte de tejido cardíaco.

La causa más frecuente de obstrucción de las coronarias es la llamada **arterioesclerosis**. Esta consiste en el estrechamiento de estas arterias debido a depósitos de grasa (principalmente de colesterol).



Para disminuir el riesgo de padecerlo, es importante mejorar el estilo de vida, controlando la **alimentación**, el **ejercicio** y el **estrés**, y evitando conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco. Es lo que se conoce como **estilo de vida cardiosaludable**.



3

¿QUÉ ES EL COLESTEROL?

En muchas ocasiones habrá oído hablar del colesterol. Estará familiarizado con frases como: “No es bueno que comas eso, que tiene mucho colesterol!”.

Pero ¿qué es el colesterol? Es una **grasa** que para viajar por la sangre se une a una proteína. En función de su origen y destino en el organismo, se clasifica en:



- **c-LDL**: es el ‘**colesterol malo**’. Coge las grasas del hígado y las deposita en los diferentes tejidos (en el cerebro, corazón, vasos sanguíneos, etc.).
- **c-HDL**: es el ‘**colesterol bueno**’. Recoge la grasa de los tejidos y la devuelve al hígado. Allí se podrá eliminar.

Para evitar el acúmulo de colesterol en los diferentes órganos del cuerpo, se debe llevar un estilo de vida **cardiosaludable**. Este incluye dieta y comportamientos que bajen los niveles de c-LDL y aumenten los de c-HDL.

4

Para controlar la cantidad de colesterol que tiene en su sangre, se debe realizar una analítica cuando su médico lo considere oportuno.

¿QUÉ DIETA DEBO SEGUIR?

La **dieta mediterránea** es la más beneficiosa para mejorar la salud del corazón.

Esta dieta se caracteriza por un consumo:

ALTO ✓	BAJO ✗
<p>↑ Aceite de oliva.</p> <p>↑ Pescado.</p> <p>↑ Fruta.</p> <p>↑ Vegetales.</p>	<p>↓ Grasas industriales.</p> <p>↓ Carnes rojas.</p> <p>↓ Embutidos.</p> <p>↓ Productos azucarados.</p>

Además, se deben **evitar los productos procesados**, como la comida precocinada o las latas de conservas. Estos suelen tener un alto contenido en sal, que puede hacer que aumente nuestra tensión arterial. El consumo máximo de sal al día tiene que ser de 5 gramos (que equivale a una cucharadita de café).



5

Los alimentos nombrados como de ‘consumo bajo’ no están prohibidos, pero su consumo debe ser esporádico.



La frecuencia con la que comer cada grupo de alimentos se muestra en esta **pirámide** y en la **tabla** de la página siguiente.





6

ALIMENTO	FRECUENCIA
Fruta + Verdura.	5 piezas / día.
Cereales integrales (pan, arroz, pasta).	4 raciones / día.
Lácteos.	1-2 raciones / día.
Aceite de oliva.	4 cucharadas / día.
Frutos secos.	30 gramos / día.
Sal.	Máximo 5 gramos / día.
Té y café.	Máximo 3 tazas / día.
Legumbres.	3 raciones / semana.
Pescado blanco.	1 ración / semana.
Pescado azul.	2 raciones / semana.
Carne blanca.	3 raciones / semana.
Huevos.	3 huevos / semana.
Chocolate negro 70%.	2-3 onzas / semana.
Carne roja.	Esporádica.
Embutido.	Muy esporádica.
Dulces, snacks.	Muy esporádica.
Bollería industrial.	Muy esporádica.
Refrescos.	Muy esporádica.

7


- Si tiene necesidad de picar algo... la fruta siempre es una buena opción. Se recomienda comer **cinco piezas** de **fruta y verdura** al día. Es mejor comerla **entera** y evitar los zumos, para aprovechar su fibra y disminuir la cantidad de azúcares libres. 
- Los **cereales**, como el pan, el arroz o la pasta, es preferible que sean **integrales**. Estos contienen una mayor cantidad de fibra, que disminuye la absorción de colesterol.
- El **pescado azul** se debe comer **dos veces por semana**. Algunos son el atún, el bonito del norte, el salmón o la sardina. El **pescado blanco** se recomienda **un día a la semana**. Son pescados blancos la merluza, el besugo, el lenguado o el rape.
- Los **huevos** son una fuente de proteínas. Es preferible consumirlos **cocidos o a la plancha**, y evitar cocinarlos fritos. **Unos tres huevos a la semana** es una cantidad saludable. 

8

- La **carne blanca**, es decir, la de **conejo, pollo o pavo** se puede consumir **tres veces a la semana**. La conocida como **carne roja**, como la de **cerdo o vaca**, de manera **esporádica**. El embutido y los ahumados también deben evitarse en el día a día. 
- El cacao y el chocolate deben ser **negros** al 70%, para evitar un alto contenido en azúcar. De este tipo está regulado el consumo de dos o tres onzas a la semana.
- Es aconsejable no comer **dulces, snacks ni bollería industrial** de manera habitual. Tampoco **leche entera, aceite de palma o aceite de coco**. Estos tienen un alto contenido en grasas saturadas, que **no son saludables**. No es bueno añadir **salsas** de manera habitual, pues suelen contener conservantes artificiales. 
- En cuanto a las bebidas azucaradas y **refrescos**, **no se deben tomar**. Tampoco es recomendable consumir las que pone 'cero azúcares', porque siguen teniendo calorías no nutritivas.

9


Beber suficiente **agua** es fundamental para una buena salud. La recomendación más habitual es un mínimo de **2 litros al día**, es decir, ocho vasos.

La forma de cocinar los alimentos también influye en cómo afectan a nuestro organismo. Se deben evitar los **fritos y rebozados**. En su lugar, se pueden hacer al **vapor**, al **horno**, o **cocidos**. Cocinar uno mismo ayuda a controlar los ingredientes de las comidas. 

¿PUEDO HACER EJERCICIO?

Sí. No solo puede, sino que debe.

El ejercicio físico de manera regular forma una **parte imprescindible** de la recuperación cardiaca. El corazón realiza su trabajo con menos esfuerzo si usted está en buena forma.

Sin embargo, es importante que sea su cardiólogo quien le indique el **nivel adecuado** para usted. Debe realizarse de manera progresiva, evitando sobreesfuerzos y actitudes competitivas. 

10

Salir a caminar o andar en bicicleta son buenas opciones para practicar a diario. Una frecuencia de **cinco veces por semana** y de una duración de al menos **media hora** puede ayudar a fortalecer su corazón.

RECOMENDADO ✓

Caminar.
Andar en bicicleta.
Nadar.

EVITAR ✗

Levantar pesos.
Ejercicio brusco.
Sobreesfuerzos.

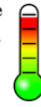
Realizar pequeños ejercicios de fuerza controlados por un profesional sanitario es bueno. Se deben hacer dos días a la semana, separados entre sí por más de 48 horas. Antes de comenzar la actividad física es importante hacer un **calentamiento** que dure unos diez minutos. Una vez acabado el ejercicio, antes de parar



11

también se debe hacer un **estiramiento** de diez minutos. De esta manera se conseguirá que el esfuerzo aumente o disminuya **progresivamente**.

Es recomendable evitar las temperaturas extremas. Se aconseja estar bien hidratado antes de realizar ejercicio. El momento ideal es esperar tres horas después de haber comido.



Importante: si nota dolor en el pecho, excesiva fatiga y sensación de falta de aire o mareo al realizar ejercicio, pare. Consúltelo con su cardiólogo.

¿PUEDO FUMAR?

No.

Un solo cigarrillo al día daña la salud de las arterias. Y no solo de las coronarias, sino de las de todo el organismo. Puede producir daño en el corazón, en los pulmones, en los riñones, en el cerebro o incluso disfunción sexual.



12

Además, es una adicción. Por ello, si usted es fumador habitual le rogamos que acuda a su centro de salud. Allí le darán una serie de pautas para ayudarlo a dejar de fumar. Es lo que se llama **deshabitación tabáquica**.

Cuantos más cigarrillos fume al día, y más años lleve haciéndolo, mayor riesgo presentará. Las enfermedades causadas por el tabaco pueden evitarse, está en su mano.

¿PUEDO BEBER ALCOHOL?

Ocasionalmente.

El consumo habitual de alcohol eleva los niveles de tensión arterial. Además, puede aumentar el colesterol. Esto supone un riesgo para el corazón.

Por lo tanto, de manera **esporádica** no afecta el tomar una copa de vino. A diario, no está recomendado.



13

¿PUEDO MANTENER RELACIONES SEXUALES?

Generalmente **sí**.

Durante las relaciones sexuales se realiza un esfuerzo similar a subir dos pisos de escaleras. Por lo tanto, dependerá de su estado físico.

Se recomienda retomarlas pasadas al menos **cuatro semanas** desde el incidente. Ante cualquier dolor de pecho o sensación de angina durante la actividad sexual se debe consultar con el médico.

¿ES NORMAL SENTIRSE ASÍ?

Completamente normal.

Usted ha sufrido un episodio que ha puesto en peligro su vida. La recuperación es lenta, e incluye cambios en su día a día. Esto hace que su estado de ánimo varíe.

Es normal sentir miedo, inseguridad, tristeza o mal humor sin una causa concreta. También las sensaciones de



14

alegría o agradecimiento aumentadas. Con el paso del tiempo su estado anímico se estabilizará.

No dude en consultar a un especialista de salud mental ante cualquier duda o pensamiento invasivo.

Ajustar su vida social, laboral y familiar a su actual situación puede ser complicado. Se debe **minimizar al máximo el estrés**, ya que es un factor de riesgo cardiovascular importante.

Los ejercicios mentales de relajación pueden ayudarle a alcanzar una mayor tranquilidad. Sin embargo, es importante que **no se culpe** por sentirse así.

¿CUÁNDO DEBO ACUDIR A URGENCIAS?

Normalmente, el dolor coronario se describe como:

Fuerte dolor en el pecho de tipo **opresivo** (como si tuviese una losa). Puede o no irradiarse a brazos, cuello, mandíbula o espalda.

En ocasiones va acompañado de **sudoración** y **sensación de falta de aire**.



15

Si usted nota una sensación o un dolor similar al que sintió cuando sufrió el anterior incidente, **acuda a urgencias**. Siempre es mejor pasarse de prudencia.

PREGUNTAS FRECUENTES



1. ¿Cuándo podré volver a conducir?

Depende de la causa de su patología y de si ha tenido alguna complicación. Pregunte siempre a su cardiólogo antes de volver a conducir. Habitualmente, suele ser **a partir del primer mes** desde el incidente.

2. ¿Cuándo podré volver a trabajar?

La baja durará en función de su **estado físico, anímico y del tipo de trabajo** que desempeñe. Es decisión de su médico el momento adecuado para su reincorporación laboral.

3. ¿Hasta cuándo tengo que mantener la dieta?

Para siempre. Lo ideal es mantener un estilo de vida cardiosaludable de manera cotidiana. El ejercicio físico no debe dejar de realizarse tampoco.

16

4. ¿Puedo viajar?

Cuando usted se sienta preparado, sí. Conviene evitar niveles de humedad y temperaturas extremas. Además, es aconsejable llevar un listado con los medicamentos que usted toma y la dosis pautada.

El estilo de vida cardiosaludable se debe **mantener** durante los viajes o periodos vacacionales o de ocio.

5. ¿Debo vacunarme de la gripe?

Sí, es recomendable que se vacune de la **gripe** y el **neumococo** cuando le corresponda. Ante cualquier duda pregunte en su centro de Atención Primaria.

Asimismo, la vacunación contra la **Covid-19** está indicada según la estrategia que siga su Comunidad Autónoma.

6. Otras recomendaciones:

- El **sobrepeso** y la **obesidad** son factores de riesgo importantes, por lo que se deben evitar. Pueden ser causa de hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

17

- Es aconsejable que cuente con un medidor de tensión arterial (**tensiómetro**) en su domicilio. De esta forma se podrá tomar la tensión con la frecuencia que le indique su cardiólogo (mínimo dos o tres veces por semana).

- Para evitar la hipertensión y la obesidad, debe **evitar el sedentarismo**. Las personas que realizan actividad física a diario tienen una mejor calidad de vida.

- Debe tomar los **medicamentos** pautados de manera estricta. Siempre debe primar la hora de la toma ante cualquier otra actividad. No deben saltarse dosis ni duplicarlas.

- Es fundamental llevar un **seguimiento de su estado de salud**. Por ello, le rogamos que acuda a las revisiones y citas con su médico y/o enfermera cuando le corresponda.

Y recuerde: seguir las recomendaciones de los profesionales sanitarios le permitirá mejorar su estado de salud.



18

PROTOTIPO DE **GUÍA DE AUTOCUIDADO**
REALIZADO POR LA ALUMNA DEL GRADO
EN ENFERMERÍA CECILIA DIEZ-ASTRAIN
GARCIMARTÍN, CON LA TUTORIZACIÓN
DE LAS PROFESIONALES LUCÍA PÉREZ
PÉREZ Y PAULA DÍAZ CUETO, COMO
PARTE DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO.

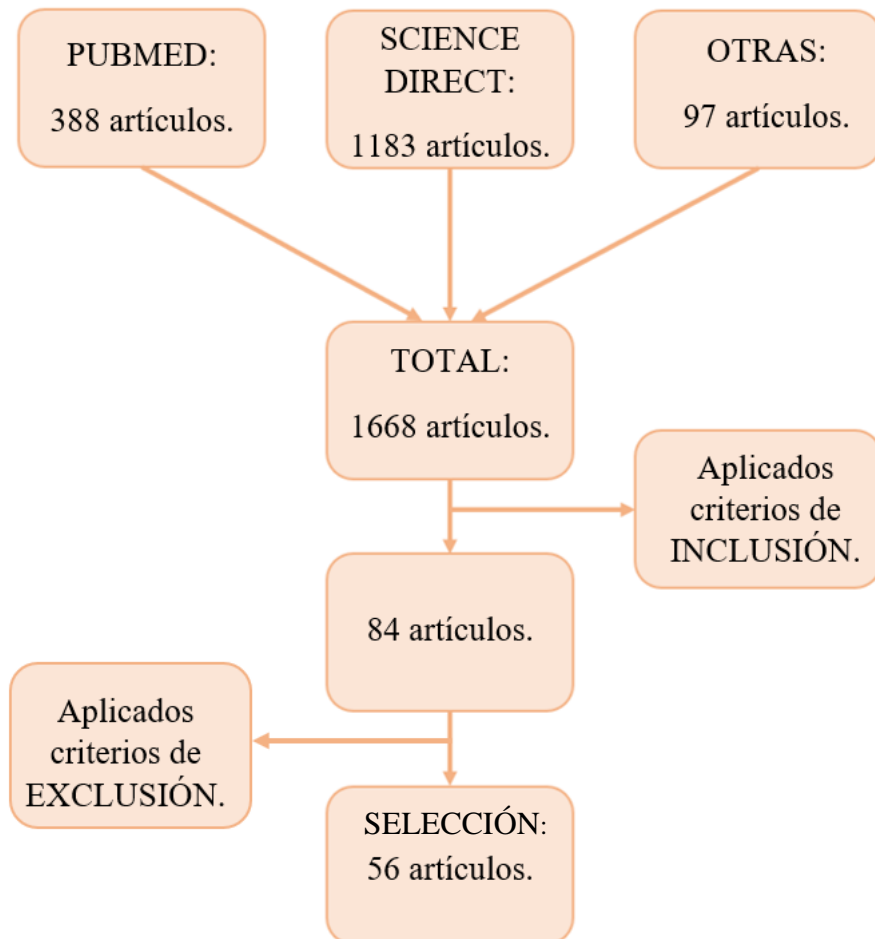


4º CURSO GRADO EN ENFERMERÍA.
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.

*Imágenes sin derechos. Fuente: Buscadores en Internet.

ANEXO III

Diagrama de flujo de los artículos utilizados en este trabajo. Fuente: elaboración propia.



ANEXO IV

Encuesta de satisfacción tras el uso de esta guía.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA GUÍA

Para poder evaluar la utilidad de esta guía solicitamos que rellene la siguiente encuesta de satisfacción. Es anónima y voluntaria. Por favor, si decide rellenarla entréguela en la consulta de su cardiólogo en la revisión de los dos meses (60 días) después del incidente.

1. Antes del uso de esta guía tenía dudas sobre los cambios que debía hacer en mi vida.
 - a. Completamente de acuerdo.
 - b. Parcialmente de acuerdo.
 - c. Neutral.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

2. Esta guía ha ayudado a aclarar mis dudas.
 - a. Completamente de acuerdo.
 - b. Parcialmente de acuerdo.
 - c. Neutral.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

3. Recomendaría el uso de esta guía a personas con mi enfermedad.
 - a. Completamente de acuerdo.
 - b. Parcialmente de acuerdo.
 - c. Neutral.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

¡Muchas gracias por su colaboración!