



**Escuela de Enfermería de Zamora**

Titulación: Grado en Enfermería

*Trabajo Fin de Grado*

**Título**

**Rol de Enfermería en los Programas de  
Rehabilitación Cardíaca.**

**Estudiante: Esther Ramos Hernández**

**Tutor/a: M<sup>a</sup> Montserrat Chimeno Viñas**

**Fecha: 12 de mayo de 2017**

La profesora M<sup>a</sup> MONTSERRAT CHIMENO VIÑAS en su calidad de tutora, considera que el Trabajo Fin de Grado titulado:

**ROL DE ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN  
CARDIACA**

realizado por:

ESTHER RAMOS HERNÁNDEZ

cumple los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Zamora, 12 de Mayo de 2017



Fdo.: M<sup>a</sup> Montserrat Chimeno Viñas



VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



Escuela Universitaria de  
Enfermería  
Zamora

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “*Rol de Enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardíaca*” para la asignatura Trabajo de Fin de Grado en el 2º Semestre del curso académico 2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

En Zamora, a 12 de mayo de 2017.

Fdo.: Esther Ramos Hernández.

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
2.1. Enfermedades cardiovasculares.....	5
2.2. Evolución histórica de la Rehabilitación Cardíaca.....	5
2.3. Programas de Rehabilitación Cardíaca en la actualidad: Objetivos, actividades e intervenciones.....	6
2.4. Destinatarios de los Programas de Rehabilitación Cardíaca.....	6
2.5. Recursos materiales y humanos de los Programas de Rehabilitación cardíaca.....	7
3. OBJETIVOS.....	8
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
5. RESULTADOS.....	12
6. DISCUSIÓN.....	26
7. CONCLUSIONES.....	29
8. ANEXOS.....	30
9. BIBLIOGRAFÍA.....	34

## 1. RESUMEN.

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo. En la década de 1960, la Organización Mundial de la Salud aconsejó la implantación de Programas de Rehabilitación Cardíaca. Actualmente, estos programas tienen como objetivo aumentar la calidad de vida, mejorar el pronóstico, y disminuir la morbimortalidad y la sintomatología de los pacientes cardíacos.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica entre los meses de febrero y marzo del año 2017 limitando la búsqueda a 5 años de antigüedad, idioma inglés o español y artículos de acceso libre. Se seleccionaron un total de 10 resultados.

**Resultados:** La bibliografía seleccionada se centró en el papel de la enfermería en las unidades de rehabilitación cardíaca, destacando los factores de riesgo sobre los que puede incluir y el tipo de actuación que podrían desarrollar estos profesionales.

**Discusión:** Los autores consultados coinciden en que existe una falta de homogeneidad de los Programas de Rehabilitación Cardíaca, en que el papel de la enfermería es fundamental en ellas y en que el desarrollo de la actividad enfermera puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Conclusiones:** Los Programas de Rehabilitación Cardíaca son marcadamente heterogéneos, pero suponen un instrumento eficaz para mejorar la calidad de los pacientes con patología cardíaca. Aunque están compuestas por un equipo multidisciplinar, la enfermera es un pilar básico de las mismas. Aun así, su labor no está reconocida plenamente.

**Palabras clave:** Rehabilitación cardíaca, enfermería, *cardiac rehabilitation, nursing, nursing cares.*

## **2. INTRODUCCIÓN.**

### **2.1. Enfermedades cardiovasculares.**

Las enfermedades cardiovasculares constituyen, según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal causa de muerte en todo el mundo (1). En España, suponen el 31,35% de las defunciones ocurridas entre los años 2010 y 2014, seguidas de las originadas por tumores, que representan un 28,94% del total (Anexo 1. Tabla 1) (2). En ellas, se incluyen un grupo amplio de desordenes del corazón y los vasos sanguíneos, entre los que destacan las cardiopatías coronarias, la hipertensión y la insuficiencia cardíaca.

Las enfermedades cardiovasculares suelen manifestarse de manera abrupta e inesperada, aunque su forma de instauración es, generalmente, lenta y subclínica a lo largo de años y décadas. Es por lo que la prevención, antes y después de la aparición de la clínica cardíaca, es fundamental. Actualmente, la ciencia aporta numerosas pruebas sobre la eficacia y la eficiencia de la realización de medidas dirigidas a detectar de forma precoz a aquellos individuos en riesgo coronario. De esta forma, es posible realizar modificaciones en la dieta y en el estilo de vida de los pacientes, así como recurrir a medidas farmacológicas con el objetivo de disminuir el porcentaje de riesgo de sufrir un ataque cardíaco (3).

### **2.2. Evolución histórica de la Rehabilitación Cardíaca.**

En la década de 1960, la OMS aconsejó la implantación de Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) con el objetivo principal de conseguir la adaptación más completa y rápida posible del paciente con cardiopatía en el ámbito social. Así, define la rehabilitación cardíaca como el *“conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad”* (4,5). Más tarde, en 1993 modifica dicha definición, contemplando la Rehabilitación Cardíaca como *“la suma coordinada de intervenciones requeridas para influir favorablemente sobre la enfermedad, asegurando las mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales para que los pacientes, por sus propios medios, puedan conservar o reanudar sus actividades en la sociedad de manera óptima”* (6,7).

Los PRC fueron desarrollándose por toda Europa Occidental durante la década de los setenta. En España, el primer Centro de Rehabilitación Cardíaca se inició en 1974, aunque los protocolos de intervención y las medidas terapéuticas de los mismos no se desarrollaron hasta 5 años más tarde, cuando se produjo la apertura de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid (6).

### **2.3. Programas de Rehabilitación Cardíaca en la actualidad: Objetivos, actividades e intervenciones.**

La Rehabilitación Cardíaca, actualmente, tiene como objetivo esencial aumentar la calidad de vida y mejorar el pronóstico de los pacientes cardiopatas, siempre que sea posible, además de disminuir la morbimortalidad cardíaca y la sintomatología de dichos enfermos (7,8). Por esta razón, los PRC están compuestos por equipos multidisciplinares que desarrollan un trabajo coordinado.

La *American Heart Association* (AHA), en colaboración con la *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation* (AACVPR), recomienda que todos los PRC incluyan las siguientes actividades e intervenciones(7):

- Evaluación básica del paciente.
- Recomendaciones y consejos dietéticos, de actividad física y entrenamiento.
- Control de los factores de riesgo coronario, como dislipemia, hipertensión arterial (HTA), sobrepeso, diabetes mellitus (DM) y tabaquismo, entre otros.

### **2.4. Destinatarios de los Programas de Rehabilitación Cardíaca.**

En sus inicios, los Programas de Rehabilitación Cardíaca estaban destinados a pacientes menores de 65 años, fundamentalmente varones, que hubieran sufrido un infarto de miocardio no complicado. Afortunadamente, hoy en día, dichos programas se consideran un pilar fundamental del tratamiento y los cuidados que deben aplicarse a todos los pacientes con enfermedades cardiovasculares de manera individual. De esta forma, podrían incluirse dentro de los PRC a aquellos pacientes que cumplan alguno de los siguientes requisitos (4,7,8):

- Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía cardíaca y revascularización percutánea o pacientes trasplantados de corazón.

- Pacientes con insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y otras patologías asociadas, como paraplejia, patología osteomuscular invalidante (artrosis) o broncopatía crónica.
- Pacientes portadores de marcapasos y desfibriladores.
- Pacientes con enfermedad vascular periférica o con alto riesgo de enfermedad coronaria.

## **2.5. Recursos materiales y humanos de los Programas de Rehabilitación cardiaca.**

En relación a los recursos materiales y humanos, un PRC debe incluir (8): personal entrenado, equipos, material educativo y e instalaciones apropiadas, y programas de ejercicio físico y de educación sanitaria.

Atendiendo a dichos requerimientos (recursos materiales y humanos e instalaciones disponibles), la OMS estableció tres niveles de atención dentro de dichos programas: nivel básico, intermedio y avanzado (8).

Cabe destacar que, en relación a los recursos humanos, los PRC deben ser multidisciplinarios e interdisciplinarios. El alcance de resultados óptimos dentro de estos programas depende de la participación de los profesionales de salud que participan en ellos, que deben funcionar coordinadamente siguiendo una estrategia de trabajo colectiva (8).

### **Enfermería como parte del equipo multidisciplinar de los Programas de Rehabilitación cardiaca.**

La enfermera desempeña activamente funciones clínicas, administrativas, educativas, sociales y de investigación. Es por ello, por lo que las Guías de Practica Clínica sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares consideran a los profesionales de enfermería como *“parte del colectivo especialmente necesario y comprometido en el asesoramiento y la prevención de las enfermedades cardiovasculares”*(7).

El papel de la enfermería dentro de los PRC será el objetivo principal de esta revisión.



### **3. OBJETIVOS.**

Los objetivos principales de esta revisión bibliográfica son:

1. Conocer los Programas de Rehabilitación Cardíaca: funcionamiento, recursos humanos y materiales.
2. Analizar y evaluar las funciones del personal de enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardíaca.
3. Valorar las posibles actuaciones de enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardíaca.

#### 4. MATERIAL Y MÉTODOS.

##### Diseño.

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos en diferentes bases de datos relacionadas con ciencias de la salud entre los meses de febrero y marzo del año 2017.

En conjunto se localizaron 1501 resultados, de los que se excluyeron 1486 tras la lectura de títulos y resúmenes por no estar relacionados con los objetivos de la revisión. La selección final se compuso de 10 resultados.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos de antigüedad menor a 5 años	Artículos no incluidos en el periodo escogido
Documentos de acceso abierto	Artículos sujetos a pago o suscripción
Idioma: Inglés y español	Artículos publicados en otros idiomas
	Artículos duplicados

##### Metodología de la búsqueda.

Las bases de datos empleadas abarcan las siguientes (Anexo 2. Tabla 2):

1. PubMed: Empleando las palabras clave “*cardiac rehabilitation AND nursing care*” se obtubieron un total de 1101 resultados. Tras la apliación de los filtros metodológicos (*free full text, 5 years, Humans, english and spanish*) se localizaron 51, de los que se descartaron 48 por no ser de relevancia para la revisión, destacando un total de 3 artículos.
2. Cuiden Plus: Los términos empleados en la búsqueda fueron “*rehabilitación AND cardiaca AND enfermería*”, con los filtros de “*texto completo*” y “*2013-2017*”, obteniendo un total de 54 resultados. De ellos se seleccionaron 4 articulos relevantes para la realización de la revisión, descartando el resto por no corresponderse con el tema elegido. De los tres seleccionados, se descartó uno por haberse encontrado en otra base de datos (LILACS).
3. Cinahl: Utilizando las palabras clave “*cardiac rehabilitation AND nursisng*”, y, aplicando los filtros de “*full text, abstracr available, published date: January 2013 - February 2017, human, language: english, spanish, publicaciones académicas*” se obtubieron 175 resultados. Tras la revisión de los títulos y la lectura de resúmenes en los casos que lo requerían, se escogió un artículo.

4. Biblioteca Virtual en Salud España (BVS): Con los términos “*rehabilitación AND cardiaca AND enfermería*” y con los filtros de “*fecha de publicación: 2013-2017*”, se realizó una búsqueda simultánea en las siguientes bases de datos:
- SciELO España, donde se obtubieron un total de 3 resultados, de los que no se seleccionó ninguno.
  - Red SciELO, en la que se obtubieron 4 resultados, ninguno relevante.
  - IBECS, donde se obtubieron 10 resultados de los que ninguno se consideró en relación con el objetivo de esta revisión.
  - LILACS, base de datos en la que se encontraron un total de 9 resultados, de los que se seleccionaron 3 artículos. De ellos, uno fue descartado por haber sido encontrado en otra base de datos (PubMed).
  - MedLine: Utilizando la siguiente búsqueda: “*rehabilitación AND cardiaca [Palabras] and enfermeria [Palabras] and 2013 OR 2014 OR 2015 OR 2016 OR 2017 [Palabras]*” se encontraron un total de 4 resultados, de los que no se seleccionó ninguno por no ser acorde al objetivo de esta revisión.
5. SciELO: Empleando las palabras clave “*rehabilitation AND cardiovascular AND nursing*” se encontró 1 resultado, que fue seleccionado para la realización de la revisión.
6. ScienceDirect: Realizando la siguiente búsqueda avanzada “*(rehabilitación cardiaca) and enfermeria AND LIMIT-TO “Revista Española de Cardiología, Revista Colombiana de Cardiología, Nursing (Ed. española), Enfermería Clínica)”*”se localizaron un total de 31 resultados, de los cuales ninguno fue seleccionado, bien por no relacionarse con los objetivos de la revisión, o bien por tratarse de artículos de pago.

Se realizó en dicha base de datos otra búsqueda con las palabras clave “*rehabilitación cardiaca*”, limitando la búsqueda a los últimos cinco años de publicación (“*2017, 2016, 2015, 2014, 2013*”), y a artículos incluidos únicamente en “*Revista Española de Cardiología*”. Se encontraron un total de 54 resultados, de los que no se seleccionó ninguno acorde a los objetivos de esta revisión.

## 7. Otros buscadores:

- Cochrane Plus: Se realizó una búsqueda simple incluyendo “(REHABILITACIÓN) and (CARDIACA) and (ENFERMERÍA)”. No se obtuvo ningún resultado.
- Epistemonikos: Realizando la siguiente búsqueda “(title:(CARDIAC REHABILITATION) OR abstract:(CARDIAC REHABILITATION)) AND (title:(NURSING) OR abstract:(NURSING))”, “Last 5 years”, “Systematic Review (Publication type)”, se encontraron un total de 4 artículos, de los que ninguno fue seleccionado por no ser acordes a la revisión.
- TripDatabase: Realizando una búsqueda simple con los siguientes términos: “(title:cardiac rehabilitation) AND (title:nursing)”, se localizaron un total de 8 artículos, de los cuales se desecharon 6 por tener una fecha de publicación superior a 5 años. De los 2 encontrados dentro de la fecha de publicación elegida, no se seleccionó ninguno por ser artículos de pago.

## **5. RESULTADOS.**

A continuación se presentan los resultados obtenidos tras revisar la bibliografía encontrada.

El estudio publicado por García Hernández, P. et al. (9) tiene su base en el Grupo de Trabajo de Prevención y Rehabilitación Cardíaca de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, y centra su objetivo en identificar la situación de los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca en España, así como los recursos humanos y materiales con los que cuentan y la opinión de los profesionales en relación a los mismos. Para ello, se realizó un estudio descriptivo observacional transversal multicéntrico de los PRC en instituciones públicas, privadas y concertadas en todo el territorio español entre los años 2012 y 2014, basado en una encuesta con 70 preguntas distribuidas en cinco áreas de investigación: datos de identificación del programa, recursos humanos, recursos materiales, actividades del programa y opinión de los profesionales.

El estudio detectó un total de 76 centros de rehabilitación cardíaca activos localizados en España. En cuanto a los datos, el estudio destaca dos problemas existentes dentro de los programas de rehabilitación cardíaca: por un lado, la falta de homogeneidad, tanto a nivel nacional como internacional, de los recursos humanos y materiales y las actividades que se realizan en dichos programas; y, por otro, la escasa implantación y desarrollo de los PRC en España. Pese a esto, se observó un crecimiento importante de Centros de Rehabilitación Cardíaca a partir del año 2006 hasta la actualidad, aunque no lo suficientemente elevado como para eliminar a España de los últimos puestos de Europa en relación dichos programas.

Por otro lado, el estudio destaca que el coste de los PRC es mínimo en comparación con otras secciones cardíaca, como por ejemplo, los laboratorios de cardiología. De esta forma, pone de manifiesto que, si el Gobierno invirtiera en dichos servicios, podrían reducirse los gastos sanitarios y aumentar la reincorporación laboral de los pacientes.

En cuanto a los recursos materiales, el estudio mostró que los PRC se realizaban en espacios de unos 60 metros cuadrados de media, siendo este espacio la mitad del recomendado por las guías oficiales. Destaca, también, que entre dichos programas, el 23,53% no disponía de telemetría y el 11,77% no tenía carro de paradas.

Por otro lado, en cuanto a los recursos humanos, destaca que tres de los centros encuestados no disponían ni de profesionales de enfermería ni de fisioterapia. Respecto a este dato, los profesionales encuestados consideraban que el profesional de enfermería debería aumentarse un 20% en todos los servicios de rehabilitación cardiaca.

Otro artículo publicado por García Hernández, P. et al. (10), incluye un proyecto en el que se realizó una búsqueda bibliográfica en inglés y en español, entre mayo de 2012 y mayo de 2014, en diversas bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud. El objetivo principal del estudio era *“Definir el perfil profesional y las competencias profesionales de enfermería cardiológica preventiva en un Programa de Rehabilitación cardiaca”* (10).

El artículo destaca en primer lugar la heterogeneidad existente entre los Programas de Rehabilitación Cardiaca de España y del resto del mundo.

A continuación se centra en los recursos materiales de las unidades de rehabilitación cardiaca, donde destacan:

- Estructura física: Gimnasio, de 120 metros cuadrados, donde se incluirán grupos no superiores a 14 personas. Debe contar con el acondicionamiento apropiado para mantener un ambiente saludable (iluminación adecuada, calefacción, refrigeración,...), así como las condiciones óptimas de luz, temperatura, humedad y olores que permitan el desarrollo del ejercicio físico.
- Equipamiento médico: El espacio donde se desarrolle el programa debe contar obligatoriamente con carro de paradas, electrocardiogramas y telemetría cardiaca. Opcionalmente puede incluir, además, otros elementos recomendables, como: sistema de aspiración y oxigenación, tensiómetro, fonendoscopio, pulsímetro, báscula, cinta métrica para perímetro abdominal y talla,...
- Equipamiento de entrenamiento.
- Elementos de salud, donde se incluye la historia clínica digital, sistemas de telemedicina y ordenadores, entre otros.

En cuanto a los recursos humanos, la bibliografía consultada por el artículo destaca que los PRC deben tener un equipo básico formado por: cardiólogo, enfermera

entrenada en reanimación cardiopulmonar y fisioterapeuta. Para conseguir un equipo complejo, a dichos profesionales se les sumarían un médico rehabilitador, un psicólogo, un nutricionista y un trabajador social. Destaca que la mayor parte de la bibliografía consultada reconoce a la enfermera como la coordinadora del programa, y, al cardiólogo, como el director del mismo.

El proyecto destaca la importancia del liderazgo de enfermería, su papel coordinador, educador, y su relación con la enfermera de enlace o gestora de casos en los PRC. Además comenta que la Guía Europea sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012) hace referencia a que *“los programas multidisciplinares de manejo y prevención para la reducción del riesgo cardiovascular coordinados por personal de enfermería son más efectivos que la atención médica convencional”* (10). La enfermera de los equipos de Rehabilitación Cardíaca debe poseer conocimientos y habilidades específicos en múltiples dimensiones, entre las que destacan la asistencial, educacional, de gestión, docencia e investigación. Además, es imprescindible que muestre actitudes básicas como buenos hábitos de salud, capacidad de escucha activa y personalidad entusiasta y tolerante.

Por último, el artículo destaca que la evaluación del PRC debe relacionarse indiscutiblemente con el proceso enfermero, atendiendo a la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación enfermera.

Moreno Rangel LM. et al. (11) publican un artículo que incluye un estudio cualitativo de tipo etnográfico en un PRC de una institución de salud privada de tercer nivel de Colombia. Se destaca la importancia de la enfermería en dichos programas, relacionada directamente con el alcance de una atención de calidad. Sin embargo, el artículo incide en que la labor enfermera en los PRC no está reconocida, por lo que el objetivo del estudio fue conocer la percepción de los usuarios y los funcionarios del papel de la enfermería ellos. La muestra del estudio fue constituida por cinco profesionales interdisciplinarios de salud (enfermera, auxiliar de enfermería, médico, fisioterapeuta y practicante de cultura física), nueve usuarios del servicio y tres familiares de los mismos. Se incluyeron además observaciones no participativas donde se registraban las intervenciones enfermeras y la respuesta de los usuarios a las mismas.

Teniendo en cuenta siempre que PRC están compuestos por un equipo multidisciplinar con el fin de lograr una atención integral, los resultados del artículo destacan el papel de enfermería. De esta forma, refiere que los usuarios percibían el rol de la enfermería como de difícil identificación, siendo casi invisible por las múltiples funciones que cumple. Sin embargo, también consideraron a la enfermera como un líder, *“por su capacidad de orientar y dirigir el programa, y su habilidad para intervenir en las diferentes áreas del ser humano y de desenvolverse en un entorno con gran carga emocional”* (11). Por otro lado, la enfermería destacó su intervención con los usuarios en los aspectos relacionados con el control del dolor, el cuidado de las heridas, la toma de medicamentos, la actividad física o la nutrición.

La discusión del artículo revisado hace hincapié en que la enfermera tiene un papel importante en los PRC en múltiples áreas, como son el área clínica, la administrativa, la educacional, la social y la investigadora, así como el área de coordinación y la de liderazgo. Para ello destaca que la enfermera debe tener los conocimientos y habilidades pertinentes para lograr desempeñar adecuadamente su función. La enfermera, además de ser líder y gestora de casos, valora al paciente durante las sesiones, realiza la toma de signos vitales, evalúa el estado anímico de los pacientes y resuelve las dudas de los mismos. Contribuye también en la toma de decisiones para mejorar la calidad de vida del usuario, aporta información sobre el programa y sus beneficios a usuarios y familiares, y es capaz de reconocer las inquietudes de los usuarios. De esta forma, el artículo concluye que la enfermera es la pieza clave de los PRC, imprescindible para el alcance de la satisfacción y bienestar de los usuarios.

Por último, comentar que el artículo destaca la dificultad de diferenciar el rol de la enfermera del de la auxiliar de enfermería por parte de los usuarios, quienes asumen que las funciones de ambos profesionales no están bien establecidas, considerando que tienen los mismos conocimientos.

Alejo Esteban, JA. et al. (12), en el artículo publicado, desarrollaron el reto de crear una Consulta de Enfermería dentro de los PRC en la Unidad de Gestión Clínica de Cardiología del Complejo Hospitalario de Jaén con el objetivo de favorecer el papel del profesional de enfermería en los mismos. Dicho reto surge de la idea de que la enfermería tiene un papel fundamental dentro los PRC, insistiendo en que presenta múltiples funciones dentro de las mismas, tales como clínicas,



administrativas, educacionales sociales y de investigación. Defiende dicha afirmación basándose en que las Guías de Práctica Clínica sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular actuales *“reconocen a los profesionales de enfermería como parte del colectivo especialmente necesario y comprometido en el asesoramiento y la prevención de las enfermedades cardiovasculares”* (12).

Por ello, el artículo establece una serie de objetivos, tanto generales como específicos, que deberían incluirse dentro de la consulta de la enfermería de rehabilitación cardiaca (12), como proporcionar cuidados integrales al paciente y familia y garantizar la continuidad de estos cuidados, establecer un modelo metodológico común de las actuaciones enfermeras, realizar educación para la salud, detectar precozmente problemas de salud en los usuarios o establecer objetivos individuales en cada usuario.

Por otro lado, la atención prestada en la consulta de enfermería sería de diferentes tipos: primeras consultas, con el objetivo de establecer un primer contacto del paciente con la unidad tras el accidente cardiovascular; seguimientos de enfermería, realizados desde la propia consulta; a demanda, siempre que el paciente lo requiera; y, por último, consultas telefónicas, con el objetivo de resolver eficientemente las consultas del paciente y evitar consultas presenciales innecesarias.

La metodología de la consulta de enfermería en los PRC incluiría diversas técnicas de evaluación de los pacientes e instrumentos metodológicos, como las taxonomías enfermeras NANDA, NOC, NIC, con el fin de garantizar la continuidad asistencial y una visión integral del usuario.

La consulta de enfermería fue iniciada en febrero de 2015, continuando hasta la actualidad. A lo largo de este periodo, la consulta ha incluido a un total de 83 pacientes, de los cuales solamente 3 abandonaron el programa. Merece la pena destacar que de los pacientes cuyo seguimiento se realizaba desde la consulta, el 100% *“desarrollaron positivamente su autoestima ante la nueva situación de salud”* y además *“conocían perfectamente su régimen terapéutico”* (12).

El artículo concluye con la defensa de la incorporación de consultas de enfermería en los PRC, que aportaría beneficios tanto para los usuarios de la unidad, como para los profesionales y el propio hospital. Comenta además, que las consultas de enfermería serían un espacio propio en el que la enfermera podría aportar una atención

individualizada e integral al usuario, aplicando sus conocimientos y habilidades, y consiguiendo cuidados de calidad.

Brevis Urrutia, I. et al. (13) realizaron un estudio cuantitativo, de tipo cuasi-experimental, cuyo objetivo era evaluar la efectividad de una intervención educativa de enfermería, dentro de un PRC, con el propósito de modificar los factores de riesgo coronario en pacientes que padecieron un infarto agudo de miocardio. Así, se estableció una muestra de 60 pacientes, y se compararon dos grupos: un grupo experimental, que recibió la intervención educativa por parte del personal de enfermería, y un grupo control, que no recibió intervención, sino las indicaciones rutinarias al alta de su hospitalización.

En primer lugar, se hace referencia a que la rehabilitación cardiovascular en pacientes que sobreviven a un infarto agudo de miocardio, asociada a un entrenamiento físico y otras medidas preventivas, como la educación, puede reducir la mortalidad total y cardiovascular en un 20-25%. Incide, además, en que la identificación y el tratamiento de los factores de riesgo agravantes de la enfermedad coronaria, refuerzan los comportamientos sanos del paciente mejorando su pronóstico, consiguiendo una capacidad física óptima y facilitan el retorno a las actividades laborales y profesionales.

Los resultados mostraron que la hipertensión arterial fue el factor cardiovascular con más incidencia, pues se presentó en el 76% de los pacientes, seguida de la dislipemia (56%) y de los antecedentes familiares de enfermedad coronaria (63%). En menor medida se observaron la actividad física (21%) y la obesidad de los pacientes (25%). Además, se destacó que el 29% de la muestra padecía simultáneamente hipertensión arterial y diabetes, lo que aumenta el riesgo de padecer algún evento coronario.

Respecto a la enfermería, el artículo afirma que el profesional enfermero es un pilar básico de la rehabilitación, pues es quien más tiempo permanece en contacto directo con el paciente. De esta forma, cumple una labor fundamental dentro de la educación, especialmente en la educación asociada a la identificación y el tratamiento de los factores de riesgo coronarios.

En el grupo experimental que recibió la intervención de enfermería se evaluaron principalmente tres variables: hábito tabáquico, consumo de alcohol y actividad física. Los resultados obtenidos mostraron que, tras la intervención enfermera, se

produjeron modificaciones considerables en dichas variables. En relación al hábito tabáquico, la incidencia disminuyó del 48% al 6% de los pacientes tras tres meses de intervención. En cuanto al consumo de alcohol, la incidencia disminuyó de un 39% a un 13%; y, por último, en relación a la actividad física, la incidencia aumento de un 19 a un 55% de pacientes.

La comparación entre el grupo control y el experimental mostró claras diferencias en cuanto a las variables estudiadas. De esta forma, se afirmó que en relación al hábito tabáquico en el grupo control dejó de fumar el 38% de los pacientes tras el accidente cardiaco, mientras que en el grupo experimental, lo dejó de hacer un 87% de los pacientes. En lo referente al consumo de alcohol no se observaron diferencias significativas, aunque en ambos grupos disminuyó. Sin embargo, en cuanto a la actividad física, se observó que en el grupo experimental se incrementó en el 71% de los pacientes, mientras que en el grupo control solamente aumentó en un 27% de los casos.

La conclusión principal del estudio en relación al impacto de la intervención educativa de enfermería fue que la instrucción continua tras el accidente cardiaco por parte de dichos profesionales mejora el conocimiento de los factores de riesgo y la adherencia a un estilo de vida más saludable. Como resultado de esta intervención se consigue también un mayor control de los síntomas y una estabilidad clínica del paciente, reducir el riesgo cardiovascular, aumentar la adherencia a la medicación y mejora el comportamiento de los pacientes. Todo ello se asocia a una disminución de la morbilidad y a una mejora de la calidad de vida. Así, el artículo afirma que *“los programas de prevención coordinados por personal de enfermería son efectivos en distintos contextos de la práctica clínica”* (13). Sin embargo, defiende que hacen falta más estudios para favorecer el papel de la enfermería en la Rehabilitación Cardiaca, así como la incorporación de la atención primaria y de la enfermería comunitaria en el seguimiento de los pacientes susceptibles de recibir Rehabilitación Cardiaca.

Kim, S-S. et al. (14) publicaron un artículo de investigación que centró su objetivo en desarrollar un programa integral de Rehabilitación Cardiaca que considerara las necesidades de aprendizaje de los pacientes con enfermedad coronaria en Corea, así como en identificar el impacto de dicho programa en los

pacientes citados. Para ello se realizó un estudio cuasi-experimental, entre los años 2010 y 2011, que evaluó los efectos del programa en 61 pacientes con enfermedad coronaria, en el que el grupo experimental recibió educación, asesoramiento y materiales educativos y se benefició de un seguimiento telefónico por parte de los profesionales de enfermería cardíaca durante seis meses. A mayores, el grupo experimental recibió apoyo y motivación para los cambios del comportamiento por parte de psicólogos entrenados.

Se incluyó en el estudio un folleto educativo que se editó tras la evaluación de las necesidades de aprendizaje de los pacientes con enfermedad cardíaca, y que fue desarrollado por dos cardiólogos, un especialista en medicina Oriental, cuatro profesores de enfermería, dos enfermeras cardíacas, dos nutricionistas y un fisioterapeuta. El folleto fue dado al grupo experimental e incluía la siguiente información: comprensión de las enfermedades coronarias y sus factores de riesgo, información sobre medicamentos cardíacos, directrices de una alimentación saludable, planes de actividad física diaria, información para dejar de fumar, consejos para el manejo del estrés y una serie de conceptos erróneos sobre enfermedades comunes relacionadas con el sistema cardiovascular.

El grupo experimental recibió, en primer lugar, una sesión individual de una hora donde recibió educación sanitaria adecuada, demostraciones de actividad física y ejercicio para llevar a cabo en la práctica diaria y asesoramiento sobre el manejo de los factores de riesgo personales así como de los problemas psicosociales derivados de la patología. Tras la sesión individual, cada paciente recibió llamadas telefónicas de seguimiento semanal, de 30 minutos de duración, durante un mes. Durante los dos siguientes meses, dichas llamadas se realizaron cada dos semanas; y, durante los tres meses posteriores, cada mes. Dichas intervenciones, fueron realizadas por dos enfermeras cardíacas capacitadas.

Sin embargo, el grupo control únicamente recibió información sobre cómo continuar con las actividades de la vida diaria tras el alta. También recibieron una breve información por parte de un cardiólogo y una enfermera cardíaca en atención primaria sobre medicamentos cardiovasculares y el curso de la enfermedad cardíaca.

Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes del grupo experimental mejoraron con respecto a su situación inicial y la de los pacientes del grupo control.

De esta forma, el artículo defiende que las intervenciones realizadas, incluyendo las sesiones informativas, la entrega del folleto, el seguimiento telefónico periódico y la información prestada por parte de los profesionales; son una herramienta segura y eficaz dentro de los PRC. Afirma, además, que el seguimiento de los pacientes por parte del personal de enfermería ayudó a mejorar los factores fisiológicos y psicosociales de los pacientes con enfermedad cardíaca.

Finaliza comentando que los PRC podrían ser utilizados como métodos de prevención secundaria en pacientes con enfermedades coronarias.

El artículo publicado por Lana, LD. et al. (15) describe una investigación cuantitativa, de diseño descriptivo, realizada en un PRC de un Hospital Universitario de Río de Janeiro entre agosto y octubre del año 2011. El objetivo del estudio fue describir el perfil socioeconómico de los usuarios de dicho programa, siendo un total de 30.

El PRC estudiado fue creado en 2007 y estaba compuesto por: un cardiólogo, un fisioterapeuta, un nutricionista, un educador físico, un psicólogo y una enfermera.

Los resultados mostraron que el 96,7% de los usuarios no consumían bebidas alcohólicas diariamente ni consumían drogas ilícitas; mientras que, un 53,3% de los mismos poseían hábito tabáquico. El estudio demostró, a mayores, que un alto porcentaje de los usuarios presentaban enfermedades asociadas, principalmente hipertensión (86,7%), seguida de obesidad (73,3%), dislipemia (66,7%), y Diabetes Mellitus (56,7%).

En cuanto a la participación en el programa se identificó que un 20% de los usuarios estuvieron en rehabilitación entre 6 meses y 1 año, un 23,3% de los mismos entre 13 meses y 2 años, y, un 56,7% a lo largo de 3 años.

En relación a los profesionales de enfermería, los resultados mostraron que participan activamente en todas las fases del programa, aunque no proporciona asistencia al total de los usuarios. La enfermera, como miembro del equipo de rehabilitación, debe insistir y trabajar en la independencia funcional del usuario, logrando, entre otras cosas, que restablezca las actividades de su vida cotidiana, conozca y modifique los factores de riesgo coronarios, adquiera hábitos dietéticos saludables y sea capaz de controlar el estrés. Por tanto, es labor de enfermería

contribuir en el desarrollo, tanto físico como social, de los pacientes, así como promover la salud y favorecer el bienestar de los mismos. El artículo defiende, además, en que la enfermería puede actuar activamente sobre los factores de riesgo coronarios, principalmente sobre el hábito tabáquico, realizando educación y demostrando que dejar de fumar tiene como resultados un mejor control de la hipertensión y una disminución del riesgo de padecer enfermedades cardiacas.

Por otro lado, la enfermera debe ser considerada como la responsable de la coordinación del programa, ya que tiene el compromiso de conectar las acciones realizadas por todo el equipo, consiguiendo la coordinación de todas las actividades del programa.

Sin embargo, destaca que la enfermería debe aún reforzar su papel en los PRC, asumiendo que existen dudas en relación a su implicación en los mismos. El hecho de participar un determinado número de horas en el programa, crea en el usuario la sensación de discontinuidad en la atención por parte de dichos profesionales, y, en consecuencia, en la atención en general del paciente.

Rodrigues, RCM. et al. (16) describen, en su artículo, un estudio experimental realizado en pacientes con enfermedad coronaria en Brasil, que tenía como objetivo principal mejorar la actividad física de dichos pacientes gracias al desarrollo de una intervención enfermera en un programa conocido como "*Programa Corazón en Movimiento*". Los datos fueron recogidos en un periodo de 13 meses, entre febrero del 2008 y marzo del 2009. Los participantes, caracterizados por presentar algún tipo de enfermedad coronaria y por ser elegidos de forma aleatoria, se dividieron en dos grupos, un grupo de intervención y un grupo control. Para su inclusión en el programa fueron inscritos en el programa por el cardiólogo, tras haber sido informados e entrevistados y haber dado su consentimiento. Fueron seleccionados así un total de 144 pacientes de los cuales, durante el estudio, 8 fueron excluidos del programa por presentar alguna característica médica que dificultara su seguimiento en el programa. Así, fueron un total de 136 personas las que participaron en el estudio.

La intervención realizada en el "*Programa Corazón en Movimiento*" fue desarrollado en su totalidad por la enfermera responsable, que dedico un tiempo medio de 40 minutos por persona en cada una de las intervenciones. Esta actuación se centró en

conseguir que cada paciente fuera capaz de desarrollar una planificación de actividad física de una forma no dirigida. Para ello, se dividió en 3 fases:

1. Planificación de la acción: Los participantes recibieron tres hojas de planificación de actividad física idénticas: la primera para la planificación en entorno de trabajo, la segunda, para la planificación de actividad física de intensidad moderada-regular en el tiempo de ocio, y, la tercera, para la planificación de las actividades cotidianas. La enfermera ayudó a cada uno de los pacientes a establecer la duración, el tipo de ejercicio, el lugar y otros parámetros relacionados con cada una de las actividades.
2. Planificación de afrontamiento: Los participantes, con la ayuda de la enfermera, tuvieron que establecer diferentes planes de afrontamiento para superar las barreras que podían aparecer en el desarrollo del programa. Para ello, debían identificar los obstáculos o barreras con las que podrían encontrarse y las formas de poder superarlos.
3. Refuerzo por teléfono: Con el fin de reforzar los planes establecidos anteriormente, la enfermera responsable del programa realizó llamadas telefónicas cada 15 días, encuestando al paciente sobre su programa de ejercicio. Posteriormente, la enfermera reforzaba al participante recordándole los objetivos que se había planteado al comienzo del programa.

Además de todo lo anterior, los participantes del grupo experimental recibieron una atención habitual por parte de la enfermera, en la que recibían ayuda profesional en consultas regulares.

Los resultados del estudio mostraron que ambos grupos aumentaron su actividad diaria. Sin embargo, se demostró que los participantes del grupo experimental, que se beneficiaron de una mayor intervención enfermera, aumentaron considerablemente la cantidad de actividad física de intensidad moderada-regular. Las estrategias de planificación llevadas a cabo resultaron ser eficaces para conseguir modificaciones en los patrones de actividad y que estos se mantengan en el tiempo.

Concluye que la intervención enfermera constituye una herramienta útil y viable para facilitar cambios en el estilo de vida de pacientes con enfermedad coronaria, y que podría ser incorporada en los hospitales y programas de rehabilitación cardíaca con el objetivo de apoyar las intervenciones educativas dichos pacientes.

La publicación de Salavati, M. et al. (17) se caracteriza por ser un estudio aleatorizado controlado clínico que tenía como objetivo central comparar la rehabilitación cardíaca en el hogar con la atención habitual prestada a pacientes sometidos a cirugía de bypass coronario en Irán. Dicho estudio se llevó a cabo entre marzo y junio del año 2013, e incluyó un total de 110 pacientes con cirugía de revascularización coronaria, que fueron separados al azar en dos grupos. Uno de los grupos, recibió atención habitual por parte de los profesionales sanitarios, mientras que, el otro, además de la atención mencionada, recibió Rehabilitación Cardíaca Domiciliaria. Para conseguir los resultados del estudio, los pacientes realizaron un cuestionario de 27 ítems sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) dos meses después de la intervención.

La educación habitual que recibieron los pacientes de ambos grupos fue prestada por parte de la enfermera de la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos (CICU) en el momento del alta hospitalaria, y se basó en una visita individualizada a la habitación de cada uno de los pacientes donde se les dio información y se les resolvieron las dudas que presentaran.

Por otro lado, el grupo de pacientes incluidos en los PRC en el hogar y sus familiares recibieron, además de dicha educación habitual, información sobre la enfermedad, signos y síntomas habituales, posibles complicaciones, medicamentos recetados y cambios en el estilo de vida, entre otros. Recibieron además, un folleto simplificado sobre su enfermedad, y fueron instruidos durante un total de cinco semanas (cuatro sesiones semanales en el hospital, y tres sesiones domiciliarias realizadas por los propios pacientes en función de la educación recibida). Se incluyeron también tres visitas domiciliarias los días 7, 27 y 47 tras el alta, y una llamada telefónica realizada por la enfermera para la resolución de dudas.

La CVRS de los pacientes se midió mediante la versión iraní del “*Cuestionario de HRQoL de la Enfermedad de MacNew Heart Heart*” en el momento de la admisión en el PRC y dos meses después de la intervención.

Los resultados revelaron que el PRC en el hogar mejoró la CVRS en pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria de manera significativa. Mostraron además, que la Rehabilitación Cardíaca Domiciliaria tiene un efecto positivo en la autoeficacia de los pacientes, y que éstos consiguieron mejoras en



diversos aspectos de su salud, como nutrición, actividad física, reducción de factores de riesgo, cambios en el estilo de vida y aumento del bienestar psicosocial tras el desarrollo del programa.

La conclusión principal del artículo es que los PRC en el hogar mejoran la CVRS de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria.

El artículo de investigación publicado por Poortaghi, S. et al. (18) es un ensayo controlado aleatorio que presenta como objetivo principal evaluar los posibles efectos positivos de la continuación de los PRC en el hogar sobre la autoeficacia de los pacientes con complicaciones cardíacas. Se llevó a cabo entre febrero del año 2009 y enero del año 2010 con 80 pacientes remitidos a un centro de rehabilitación cardíaca, que se dividieron aleatoriamente en dos grupos, uno de casos y otro de controles. Ambos grupos recibieron programas rutinarios de Rehabilitación Cardíaca en el Centro de Rehabilitación. El grupo de casos recibió, a mayores, educación sobre factores de riesgo, nutrición, toma de medicamentos y capacitación práctica por parte de enfermería y nutricionistas, además de visitas domiciliarias realizadas por una enfermera de salud comunitaria. También recibió este último grupo, entrenamiento práctico sobre la medición y el control de la frecuencia cardíaca, la realización de ejercicios adecuados en el hogar y el establecimiento de programas de ejercicio en casa, entre otros, por parte de un equipo formado por enfermeras y un fisioterapeuta.

Al final del primer y el segundo mes del programa de seguimiento, la enfermera de Salud Comunitaria realizó dos visitas a domicilio a los pacientes incluidos en el grupo de casos, en las que controló la continuidad del PRC e identificó y solucionó diferentes problemas y dudas.

La evaluación de los resultados se llevó a cabo mediante la Escala General de Autoeficacia (GSES), realizada al principio del programa y tras 12 sesiones de rehabilitación. Las características de autoeficacia de ambos grupos fueron similares al inicio del programa, pero sí que aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre ellos al final, demostrándose que la autoeficacia de los pacientes del grupo de casos mejoró tras las intervenciones.

La conclusión principal del artículo fue que la Rehabilitación Cardíaca en el hogar tiene un efecto positivo en la autoeficacia de los pacientes, por lo que se recomienda para todos los pacientes que sufren enfermedades cardíacas.

La formación adecuada de los pacientes, la continuidad de la atención y el seguimiento domiciliario son acciones efectivas para disminuir las dificultades que pueden presentarse en los pacientes.

Destacar que las enfermeras de salud comunitaria desempeñan un papel fundamental, siendo los profesionales idóneos para continuar la educación, acompañar a los pacientes y realizar el seguimiento en el hogar.

## 6. DISCUSIÓN.

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica y el análisis de los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta los objetivos de la presente revisión, se encontraron las siguientes coincidencias y discrepancias.

En relación al objetivo de “*Conocer los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC): su funcionamiento, recursos humanos y materiales*”, los autores García Hernández, P. et al. (9,10) concluyeron que existe una destacable falta de homogeneidad, tanto en España como a nivel internacional, de los recursos humanos y materiales así como de las actividades que se realizan en dichos programas.

Existía controversia entre la bibliografía consultada por los autores y los resultados reales obtenidos en los artículos en cuanto a los espacios utilizados y los equipos imprescindibles de los Programas. Destaca en esto, que las guías oficiales consultadas reflejaban que los espacios debían tener 120 metros cuadrados, pero los resultados arrojaban que se desarrollaban en la mitad del espacio recomendado.

En cuanto a los recursos materiales, todas las unidades debían contar, según la bibliografía, con carro de paradas, electrocardiogramas y telemetría cardíaca; sin embargo, en los resultados obtenidos, se encontró que el 23,53% de los programas no disponían de telemetría y el 11,77% no tenían carro de paradas.

Atendiendo a los recursos humanos, los autores García Hernández, P. et al., Brevis Urrutia, I. et al., y Lana, LD. et al. (10,13,15) coinciden en que el equipo básico de un PRC formado por un cardiólogo, una enfermera y un fisioterapeuta, pudiendo ser ampliado a un equipo multidisciplinar más amplio donde se incluirían un nutricionista y un psicólogo, entre otros. El cardiólogo se identifica como el director del programa, y la enfermera como la coordinadora y gestora de casos.

Con relación al objetivo de “*Analizar y evaluar las funciones del personal de enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardíaca*”, los autores García Hernández, P. et al., Moreno-Rangel, LM. et al., Brevis Urrutia, I. et al., Kim, S-S. et al., Lama, LD. et al., y Rodrigues, RCM. et al. (10,11,13-16) afirman que la enfermera desempeña un papel fundamental dentro de los PRC al tratarse de un profesional que interviene en múltiples áreas, como son el área clínica,

administrativa, educacional, social e investigadora, así como en el área de coordinación y liderazgo.

Las actuaciones de enfermería en estos programas, por tanto, contribuyen a la mejoría de los factores fisiológicos y psicosociales de los pacientes con enfermedad coronaria.

Los factores de riesgo más prevalentes en estos pacientes sobre los que podría intervenir activamente la enfermera son el hábito tabáquico, la hipertensión, la obesidad y la diabetes mellitus. La educación y la promoción de la salud por parte de los profesionales de enfermería contribuyen a un mayor control de los síntomas y de los factores de riesgo por parte del paciente, lo que reduce las secuelas cardiovasculares, aumenta la adherencia a la medicación y mejora el estilo de vida de los mismos.

La intervención enfermera implicaría, por tanto, una disminución de la morbilidad y una mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Asimismo, los profesionales de enfermería son considerados como un colectivo imprescindible para alcanzar un grado óptimo de satisfacción y confort de los usuarios con enfermedad cardiovascular incluidos en los PRC.

Los autores mencionados destacan también que los PRC deben relacionarse con el proceso enfermero a lo largo del desarrollo, atendiendo a la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación enfermera.

Por todo ello, la enfermería es considerada como el pilar básico de los PRC. Sin embargo, uno de los resultados obtenidos, afirma que se encontraron tres centros españoles, dentro de los encuestados, que no disponían de profesionales de enfermería (9).

Por último, destacar los autores Moreno-Rangel, LM. et al, Brevis Urrutia, I. et al, y Lana, LD. et al, (11,13,15) afirman que la enfermería aún debe reforzar su papel en los PRC, ya que en muchos de ellos su labor no está reconocida, y que se necesitan más estudios para favorecer el trabajo de dichos profesionales. Inciden también en que el rol de la enfermería, en ocasiones, resulta de difícil identificación por las múltiples funciones que cumple.

En cuanto al último objetivo de la revisión, identificado como “*Valorar las posibles actuaciones de enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardíaca*”, los autores Alejo Esteban, JA. et al. y Brevis Urrutia, I. et al., de la bibliografía consultada (12,13) afirman que la incorporación de consultas de enfermería en los PRC aportaría múltiples beneficios, tanto para los usuarios, como para los profesionales y el propio hospital, y constituirían un espacio propio en el que la enfermera podría aportar una atención individualizada e integral al usuario, aplicando sus conocimientos y habilidades, y consiguiendo cuidados de calidad. Estos autores, insisten, además, en la incorporación de la atención primaria y de la enfermería comunitaria en dichos programas para la consecución de mejores resultados en el seguimiento de los pacientes cardíacos.

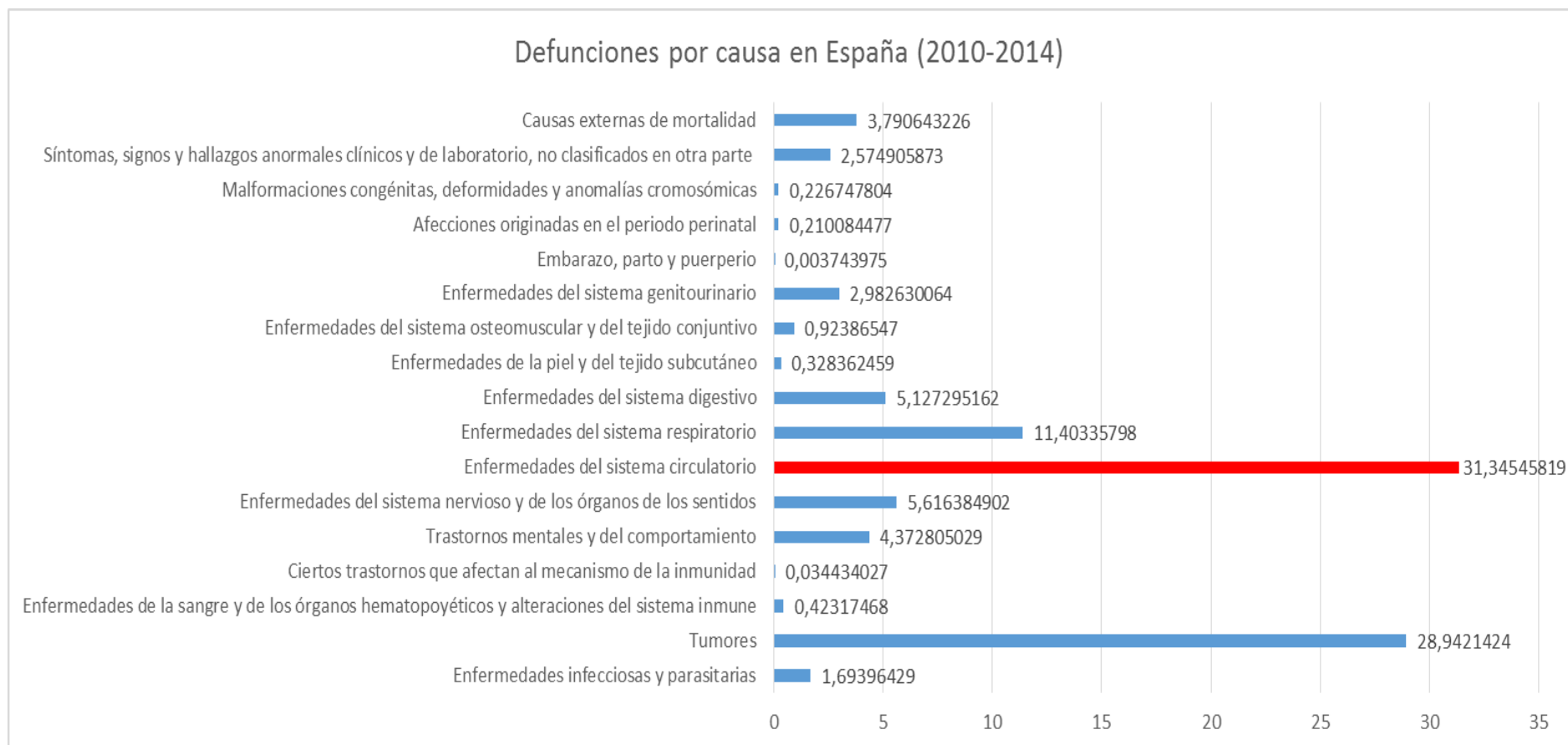
Por otro lado, algunos autores como Salavati, M. et al. y Poortaghi, S. et al. (17,18) afirman que el desarrollo de PRC en el hogar por parte de enfermeras de salud comunitaria, podrían tener un efecto positivo en la autoeficacia de los pacientes con enfermedad coronaria y que mejorarían la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria. En dichos programas, la enfermería sería el profesional idóneo para realizar la educación sanitaria y el seguimiento en el hogar, logrando mejoras en diversos aspectos de la salud de estos pacientes como nutrición, actividad física y reducción de factores de riesgo, entre otros.

## **7. CONCLUSIONES.**

1. Los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) han supuesto un instrumento eficaz para la recuperación y mejora de la calidad de vida de pacientes con patología cardíaca.
2. Se evidencia una falta de homogeneidad, tanto a nivel nacional como internacional, en el funcionamiento y en la dotación de recursos de estos Programas.
3. Aunque se trata de Programas formados por equipos multidisciplinares, la enfermería se considera un pilar básico de los mismos.
4. La enfermería, en estos Programas, desarrolla planes específicos que incluyen la educación y promoción de la salud, la modificación de los factores de riesgo y la adherencia al tratamiento.
5. Los PRC deben incluir la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de los pacientes propias del proceso enfermero.
6. El desarrollo de Consultas de Enfermería dentro de los PRC contribuiría a la consecución de cuidados de calidad, una mejora en el seguimiento de los pacientes y un beneficio claro para los propios profesionales y el hospital.
7. La implantación de PRC en el hogar supervisados por enfermeras tendrían un efecto positivo sobre la autoeficacia de los pacientes y mejorarían notablemente la calidad de vida de los mismos.
8. La enfermería debe reforzar su papel en PRC, ya que en muchos de ellos su labor no está reconocida y su rol es de difícil identificación.

## 8. ANEXOS.

**Anexo 1.** Tabla 1. Defunciones por causa de muerte en España (2010-2014). Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)[2].



**Anexo 2.** Tabla 2. Bases de datos consultadas y estrategias de búsqueda.

BASE DE DATOS		BÚSQUEDA/PALABRAS CLAVE	RESULTADOS ENCONTRADOS	RESULTADOS SELECCIONADOS	
PUBMED		((("Cardiac Rehabilitation"[Mesh])) AND "Nursing Care"[Mesh])	1101	0	
		("cardiac rehabilitation"[MeSH Terms] OR ("cardiac"[All Fields] AND "rehabilitation"[All Fields]) OR "cardiac rehabilitation"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "nursing care"[All Fields] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields])) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2012/03/02"[PDat] : "2017/02/28"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	51	3	The "Moving Heart Program": an intervention to improve physical activity among patients with coronary heart disease. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. Comparison Between Effects of Home Based Cardiac Rehabilitation Programs Versus Usual Care on the Patients' Health Related Quality of Life After Coronary Artery Bypass Graft.
	SciELO España	rehabilitación AND cardiaca [Todos los índices] and enfermería [Todos los índices]	3	0	
	Red SciELO	rehabilitación AND cardiaca AND year_cluster:("2014" OR "2015" OR "2013" OR "2016") AND wok_subject_categories:(("nursing"))	4	0	
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD ESPAÑA	IBECS	rehabilitación AND cardiaca [Palabras] and Enfermería [Palabras]	10	0	
	LILACS	rehabilitación AND cardiaca [Palabras] and enfermería [Palabras] and 2013 OR 2014 OR 2015 OR 2016 OR 2017 [País, año de publicación]	9	2	Percepción del rol de la enfermera en un programa de rehabilitación cardíaca Profile of patients undergoing cardiac rehabilitation: implications for nursing
	MEDLINE	rehabilitación AND cardiaca [Palabras] and enfermería [Palabras] and 2013 OR 2014 OR 2015 OR 2016 OR 2017 [Palabras]	4	0	



SciELO	REHABILITATION [Todos los índices] and CARDIOVASCULAR NURSING [Todos los índices]	1	1	Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios
CUIDEN PLUS	("rehabilitación")AND(("cardiaca")AND("enfermeria")) / (texto completo, 2013-2017)	54	3	Rehabilitación cardiaca. Consulta de enfermería en el Complejo Hospitalario de Jaén
				Estudio ESRECA. Situación actual de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca en España
				Proyecto RECABASIC. Posicionamiento sobre los estándares básicos en recursos humanos, materiales y actividades de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca en España
CINAHL	"cardiac rehabilitation" AND "nursing (Full text and 2013-2016)	175	1	Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program in patients with coronary heart disease in Korea.
ScienceDirect	(rehabilitación cardiaca) and enfermeria AND LIMIT-TO(cids, "277694,311229,308292,277721", "Revista Española de Cardiología,Revista Colombiana de Cardiología,Nursing (Ed. española),Enfermería Clínica").	31	0	
	REHABILITACIÓN CARDIACA + (2017,2016,2015,2014,2013) + Revista española de cardiología	54	0	
COCHRANE PLUS	(REHABILITACIÓN) and (CARDIACA) and (ENFERMERÍA)	0	0	

EPISTEMONIKOS	(title:(CARDIAC REHABILITATION) OR abstract:(CARDIAC REHABILITATION)) AND (title:(NURSING) OR abstract:(NURSING)) + Last 5 years + Systematic Review (Publication type)	4	0	
Trip Database	(title: cardiaca rehabilitation)(title: nursing)	8 (2 entre 2013-2017)	0	

## 9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva [Internet]. 2015 [consultado 5 feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte [Internet]. INEBase. 2017 [consultado 5 feb 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
3. Galve E, Alegría E, Cordero A, Fácila L, Fernández de Bobadilla J, Lluís-Ganella C, et al. Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardiaca. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2014 [consultado 5 feb 2017]; 67(3):203-10. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/temas-actualidad-cardiologia-riesgo-vascular/articulo/90274051/>
4. Comité Interamericano de trabajo en Prevención y Rehabilitación Cardiovascular (CIPRECAR). Principios básicos de prevención y rehabilitación cardiaca [Internet]. 2015 [consultado 5 feb 2017]. Disponible en: <http://www.ciprecar.org/principios-basicos-de-prevencion-y-rehabilitacion-cardiaca/>
5. Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [consultado 18 ene 2017]; 65(1):72-79. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0300893211006968/1-s2.0-S0300893211006968-main.pdf?\\_tid=b6442dfc-24f0-11e7-8cba-00000aacb35d&acdnat=1492600372\\_9411ee0b742bdfelbcbc44162b122b07](http://ac.els-cdn.com/S0300893211006968/1-s2.0-S0300893211006968-main.pdf?_tid=b6442dfc-24f0-11e7-8cba-00000aacb35d&acdnat=1492600372_9411ee0b742bdfelbcbc44162b122b07)
6. Pleguezuelos E. Rehabilitación cardíaca en España. Encuesta SORECAR. Rehabilitación [Internet]. 2010 [consultado 18 ene 2017]; 44(1):2-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-rehabilitacion-cardiaca-espana-encuesta-sorecar-S0048712009000140>
7. Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA. et al, editores. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardiaca [Internet]. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009 [consultado 24 de marzo de 2017]. Disponible

- en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de-enfermeria-en-prevencion-y-rehabilitacion-cardiaca>
8. Maroto Montero JM, coordinador. Rehabilitación Cardíaca [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2009 [consultado 5 feb 2017]. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>
  9. García Hernández P, Álvarez Leiva MI, Martínez Castellanos T, Portuondo Maseda MT, Ramón Carbonell M, Santillán García A, et al. Estudio ESRECA. Situación actual de los programas de prevención y rehabilitación cardíaca en España. Rev Enfer Cardiol [Internet]. 2014 [consultado 18 abr 2017]; 21(62):76-84. Disponible en: [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62\\_13.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_13.pdf)
  10. García Hernández P, Martínez Castellanos T, Mora Pardo JA, Portuondo Maseda MT, Ramón Carbonell M, Santillán García A. Proyecto RECABASIC. Posicionamiento sobre los estándares básicos en recursos humanos, materiales y actividades de los programas de prevención y rehabilitación cardíaca en España. Rev Enfer Cardiol [Internet]. 2014 [consultado 18 abr 2017]; 21(62):67-75. Disponible en: [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62\\_12.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_12.pdf)
  11. Moreno-Rangel LM, Osorio-Gómez L, Forero-Bulla C, Camargo-Figuera FA. Percepción del rol de la enfermera en un programa de rehabilitación cardíaca. Rev Cuba Enfermer [Internet]. 2014 [consultado 18 abr 2017]; 30(1):28-39. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192014000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000100004&lng=es).
  12. Alejo Esteban JA, Castillo Dorado B, Guirado Aranda J, Tejada Jiménez C, Torres Gutiérrez A. Rehabilitación cardíaca. Consulta de enfermería en el Complejo Hospitalario de Jaén. Inquietudes [Internet]. 2015 [consultado 18 abr 2017]; 20(49):26-34. Disponible en: <http://www.index-f.com/inquietudes/49pdf/4926.pdf>
  13. Brevis Urrutia I, Valenzuela Suazo S, Sáez Carrillo K. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. Cienc Enferm [Internet]. 2014 [consultado 18 abr 2017]; 20(3):43-57. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300005&lng=es&nrm=iso)

14. Kim S, Lee S, Kim G, Kang S, Ahn J. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program in patients with coronary heart disease in Korea. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2014 [consultado 18 abr 2017]; 16(4):476-482. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12155/epdf>
  
15. Lana LD, Bottoli C, Camponogara S, Cielo C, Rodrigues IL. Profile of patients undergoing cardiac rehabilitation: implications for nursing. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2014 [consultado 18 abr 2017]; 6(1):344-56. Disponible en: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2664/pdf\\_1071](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2664/pdf_1071)
  
16. Rodrigues RC, João TM, Gallani MC, Cornélio ME, Alexandre NM. The "Moving Heart Program": an intervention to improve physical activity among patients with coronary heart disease. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [consultado 18 abr 2017]; 21 (Spec) 180-9. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700023&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700023&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  
17. Salavati M, Fallahinia G, Vardanjani AE, Rafiei H, Mousavi S, Torkamani M. Comparison Between Effects of Home Based Cardiac Rehabilitation Programs Versus Usual Care on the Patients' Health Related Quality of Life After Coronary Artery Bypass Graft. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2015 [consultado 18 abr 2017]; 8(4):196-202. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4873569/pdf/GJHS-8-196.pdf>
  
18. Poortaghi S, Baghernia A, Golzari SEJ, Safayian A, Atri SB. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. *BMC Res Notes* [Internet]. 2013 [consultado 18 abr 2017] 2; 6:287. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733948/pdf/1756-0500-6-287.pdf>