



ORIGINALES

Factores que favorecen el reingreso en intensivos de pacientes con síndrome coronario agudo

Factors that favor re-entry in intensive patients with acute coronary syndrome

Francisco José Clemente López ¹
Juan José Rodríguez Móndejar ²
José Ángel Rodríguez Gómez ³

¹ Diplomado en Enfermería. Máster Investigación. Hospital Universitario Ntra Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

² Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias del 061. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España.

³ Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

E-mail: clementediaz1@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.311591>

Recibido: 21/11/2017

Aceptado: 18/03/2018

RESUMEN:

Introducción: Alrededor del 7% de los pacientes que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por síndrome coronario agudo (SCA) en España, reingresan de nuevo tiempo después.

Objetivos: Identificar posibles causas y factores predisponentes a reingresar en UCI por SCA.

Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo y longitudinal de pacientes ingresados por SCA en una UCI polivalente entre enero de 2008 y diciembre de 2013. Se recogen variables demográficas, número de ingresos, factores de riesgo al ingreso (dislipemias, hipertensión arterial y diabetes) y hábitos de vida no cardiosaludables (sedentarismo/obesidad, tabaquismo, enolismo) de pacientes que reingresan y se comparan con grupo de control (pacientes que no reingresan). Se realiza test Chi ² de Pearson y significación estadística.

Resultados: Ingresaron 2.506 pacientes por SCA. Reingresaron 140 (5,58%) a los 12,93±16,41 meses después del primer ingreso. Los que reingresan están en UCI 4.97± 3.3 días (4.03±1.8 grupo control) en su primer ingreso. Se adjunta tabla con incidencia de factores de riesgo y hábitos de vida no saludables de ambos grupos. El tabaquismo y enolismo se relacionan con los reingresos ($\chi^2=5.67$; $p<0.01$)

Conclusiones: Los pacientes que reingresan, están más días en UCI en su primer ingreso, presentan un menor control de factores de riesgo y menor índice de abandono de hábitos nocivos que el grupo control. El tabaco y el alcohol son factores que favorecen el reingreso. Parece indicar que existe un problema de adherencia terapéutica en la muestra estudiada.

Palabras clave: Reingreso; Síndrome Coronario Agudo; Hábitos De Vida; Factores de Riesgo.

ABSTRACT:

Introduction: About 7% of patients admitted in Intensive Care Units (ICUs) due to acute coronary syndrome (ACS) in Spain, are readmitted again later.

Objectives: Identify the possible causes and predisposing factors for returning to ICU because of ACS.

Methodology: Retrospective, descriptive, comparative and longitudinal study of patients admitted for ACS in the ICU between January 2008 and December 2013. Demographic variables, number of admissions, admission risk factors (dyslipidemia, hypertension and diabetes) and non heart-healthy life habits (sedentary / obesity, smoking, alcoholism) of patients who come back were collected and were compared with control group (not readmitted patients). Pearson's Chi 2 test and statistical significance were performed.

Results: 2.506 patients were admitted by ACS. Readmissions were 140 (5,58%) after 12,93±16,41 months from their first admission. The ICU's reentering patients stayed 4.97± 3.3 days (4.03±1.8 control group) in their first admission. A table is attached with risk factors' incidence and non heart-healthy life habits of both groups. Smoking and alcoholism habits are related with readmissions ($\chi^2=5.67$; $p<0.01$)

Conclusions: The patients who are readmitted stay more days in ICU in their first admission, have less control about risk factors and less quitting index of nocive habits than control group. It seems to exist an adherence therapeutic problem in the sample studied.

Keywords: Re-Entry; Acute Coronary Syndrome; Life Habits; Risk Factors

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo ⁽¹⁾. En España, las enfermedades del sistema circulatorio provocan el 30,5% de las muertes totales, siendo la etiología más relevante la enfermedad isquémica cardíaca, la cual supone un 8,98% de la mortalidad total con una distribución superior en hombres ⁽²⁾.

El infarto agudo de miocardio (IAM) supone un coste para nuestro Sistema Nacional de Salud de 250 millones de euros anuales, donde se registran alrededor de 50.000 episodios anuales con una mortalidad del 7% y una tasa de reingreso del 7% en menos de 30 días ^(3,4).

Se ha constatado que los pacientes con varios factores de riesgo o con historia clínica de cardiopatía isquémica previa, tienen un riesgo superior de sufrir un nuevo episodio coronario ⁽⁵⁾ y diversos estudios demuestran que el 6-8% de los sobrevivientes a un IAM sufren un nuevo infarto durante el primer año siendo la mortalidad mayor que en la población general ⁽⁶⁾. Por tanto, un programa de prevención secundaria eficaz es relevante en esta etapa.

El objetivo de este nivel de prevención es reducir la mortalidad, prevenir nuevos eventos cardiovasculares y controlar los factores de riesgo asociados. Éste incluye por un lado tratamiento farmacológico para el control de factores de riesgo (HTA, dislipemias, diabetes) ⁽⁷⁾ y por otro, educación sobre hábitos de vida cardiosaludables y modificación de hábitos nocivos (Tabaquismo, obesidad y sedentarismo).

El ensayo MIRVAS38 ha demostrado en España que un tratamiento integral e intensivo de los factores de riesgo en pacientes con enfermedad cardiovascular reduce la morbimortalidad a medio plazo ⁽⁸⁾. En Estados Unidos, un metaanálisis ha estimado que si el porcentaje de pacientes que en 2002 recibieron el tratamiento recomendado en prevención secundaria hubiese sido del 60%, la mortalidad posterior se habría reducido al 50%. ⁽⁹⁾

Figura 1: Estrategias actuales de la prevención secundaria del SCA



Según la Sociedad Española de Cardiología, los programas de formación al paciente cardiovascular son imprescindibles para un óptimo pronóstico, ya que es una enfermedad que requiere de la participación del paciente para lograr cambiar sus hábitos de vida y su colaboración en la constancia del tratamiento ⁽¹⁰⁾. En este contexto Enfermería se muestra como pieza clave en este nivel de intervención, como agentes educadores y asesores en la modificación de hábitos nocivos, adquisición de nuevos hábitos cardiosaludables y para el control de factores de riesgo con el objetivo de mejorar la calidad de vida y evitar nuevos eventos coronarios.

El tabaco está fuertemente asociado a la presentación de IAM ⁽¹¹⁾. Estudios han demostrado que el cese del consumo de tabaco reduce la mortalidad en 1/3 respecto de los que siguen fumando, por lo que constituye una medida efectiva de prevención secundaria ⁽¹²⁾. El régimen alimentario y la reducción de obesidad, también han demostrado ser efectivos en el control de la HTA, diabetes y, por ende, en la prevención secundaria postinfarto ⁽¹³⁾, Realizar actividad física de forma regular ha demostrado reducir en 26% el riesgo de mortalidad en pacientes cardiopatas ⁽¹⁴⁾ al inducir cambios favorables en la función plaquetaria y en el sistema fibrinolítico, con aumento de la actividad del plasminógeno por disminución de los niveles de su inhibidor ⁽¹⁵⁾.

Todo el mundo conoce los beneficios de seguir estas pautas antes descritas, pero la realidad en la unidad coronaria objeto del presente estudio, es que se ha detectado en muchos pacientes que reingresan de nuevo infartados, que han mantenido los mismos hábitos de vida nocivos y no han sabido/querido controlar satisfactoriamente sus factores de riesgo coronarios (reingresan en las mismas condiciones que la primera vez). Siendo evidente el fracaso de la prevención secundaria, la motivación para realizar este estudio persigue los siguientes objetivos:

Figura 2: Niveles de atención del SCA



OBJETIVOS

General

- Identificar posibles causas y factores predisponentes a sufrir un nuevo SCA y reingresar en UCI.

Específicos

- Cuantificar proporción de pacientes que reingresan en la unidad, número de reingresos, tiempo entre reingresos y días de estancia.
- Verificar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Describir el grado de abandono de hábitos de vida nocivos tras el SCA.
- Comparar factores de riesgo y hábitos de vida entre pacientes que reingresan con los que no.
- Enumerar los factores de riesgo cardiovascular que se asocian a mayor índice de morbimortalidad y reingreso.

MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de casos-control de pacientes ingresados en una UCI-polivalente por SCA entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2013. Los datos se extraen mediante revisión de la Historia Clínica electrónica hospitalaria y de Atención Primaria, atendiendo a variables demográficas (sexo, edad), número de reingresos, tiempo entre reingresos, días de estancia, factores de riesgo cardiovascular y hábitos de vida previos al evento cardíaco y en los reingresos. Los criterios de inclusión en el grupo de casos son de pacientes que hayan sufrido un SCA y que hayan reingresado en nuestra unidad en dicho periodo de tiempo, al menos una vez. Para el grupo control, se seleccionaron a todos los pacientes que ingresaron en la unidad en el 2010 y que no volvieron a reingresar durante el periodo de estudio. Se selecciona por conveniencia este año, por el impacto relevante de la crisis económica (que puede condicionar la actitud de los pacientes frente a la prevención secundaria) y porque al ser el periodo de estudio hasta diciembre de 2013, existe margen para el reingreso, motivo que sería de exclusión de dicho grupo. Las variables se analizan mediante el programa estadístico SPSS v.17. Se usa el test de la Chi 2 para variables nominales independientes y se considera como nivel de significación $p < 0.05$. Asimismo se verifica mediante el Odd Ratio, el riesgo de reingreso según los factores de riesgo.

RESULTADOS

En el periodo de estudio (01.01.2008-31.12.2013) ingresaron en nuestra unidad 2.506 pacientes con SCA de los cuales reingresaron posteriormente 140 (5,58%), que conforman la muestra del grupo de casos. En éste, predomina el sexo masculino (73.6%) con 62.5 ± 13 años de edad media. La mortalidad es del 11.4%. El 27.14% de reingresos se produjeron en el primer mes tras el alta. Del total, un 22.85% vuelve a ingresar por tercera vez y un 3.57% en una cuarta ocasión (dentro del periodo de estudio). Los días totales de estancia en la unidad objeto del estudio fue de 10.39 ± 4.9 días/paciente distribuidos en 4.97 días/1º ingreso, 4,47/2º ingreso, 4.42/3º ingreso y 4 días el 4º ingreso. El 92.1% asegura cumplir el tratamiento prescrito por su especialista tras su primer ingreso.

Tabla 1: Variables descriptivas de la muestra

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|----------------------|-----|---------|--------|-------|------------|
| EDAD | 140 | 14 años | 83 | 62,57 | 13,085 |
| Nº DE INGRESOS | 140 | 2 veces | 4 | 2,26 | ,500 |
| DIAS INGRESO TOTALES | 140 | 3 días | 29 | 10,39 | 4,996 |
| DIAS 1º INGRESO | 139 | 2 días | 24 | 4,97 | 3,332 |
| DIAS 2º INGRESO | 140 | 1 días | 25 | 4,47 | 2,778 |
| DIAS 3º INGRESO | 33 | 1 días | 19 | 4,42 | 3,326 |
| DIAS 4º INGRESO | 5 | 3 días | 7 | 4,00 | 1,732 |
| TIEMPO 1-2º INGRESO | 140 | 0 meses | 69 | 12,93 | 16,419 |
| TIEMPO 2-3º INGRESO | 32 | 1 meses | 51 | 14,41 | 16,679 |
| TIEMPO 3-4º INGRESO | 5 | 1 meses | 13 | 5,80 | 6,140 |

En el grupo de casos, el 68.7% presenta algún hábito nocivo (tabaquismo, enolismo, obesidad/sedentarismo) en su primer ingreso que seguían manteniendo en el 63.5%

($p < 0.01$) de los casos en un segundo ingreso. El 82.1% presentan algún factor de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, diabetes) en el primer ingreso que se reducían al 63.5% en el segundo. Tan sólo el 5 % de la muestra, no presenta ningún factor de riesgo ni hábitos nocivos. La incidencia de factores de riesgo cardiovascular y los hábitos de vida se representan en la siguiente tabla:

Tabla 2: Factores de Riesgo

| INCIDENCIA | 1º INGRESO | 2º INGRESO | 3º INGRESO | 4º INGRESO |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| TABAQUISMO | 41.4% | 35.7% | 55% | 40% |
| ENOLISMO | 30.7% | 31.4% | 40.7% | 50% |
| OBESIDAD/SEDENTARISMO | 34.3% | 34.3% | 34.6% | 40% |
| HTA | 59.3% | 40.7% | 46.1% | 0% |
| DISLIPEMIA | 47.9% | 36.4% | 37.5% | 50% |
| DIABETES | 48.6% | - | - | - |

Señalar que las medias en el 3º y 4º ingreso son ponderadas respecto del número de pacientes que reingresan, por tanto las representativas son las del 1º y 2º ingreso ya que toda la muestra (140 pacientes) reingresaron al menos una vez.

El único factor que se correlaciona con mortalidad es la dislipemia ($\chi^2 = 4.01$, $p < 0.05$ y ODD Ratio= 2.03; IC: 0.88-4.83). La HTA muestra una tendencia, pero no es significativa en esta serie.

El tabaquismo se correlaciona con el hábito enólico (moderado-activo) ($\chi^2 = 14.35$, $p < 0.001$ y ODD Ratio= 4.16; IC: 1.9-8.9), la HTA ($p < 0.01$) y dislipemia ($p < 0.05$). En este estudio, tabaquismo y enolismo se relacionan con los reingresos ($\chi^2 = 5.67$; $p < 0.01$). No existe correlación alguna entre éstos y la obesidad/sedentarismo.

La edad esta correlacionada con la HTA y la diabetes ($p < 0.01$) e inversamente relacionada con el tabaco y el alcohol ($p < 0.01$).

En cuanto al sexo, los hombres, están más relacionados con el tabaco (41.5% vs 22.6%; $\chi^2 = 3.29$; $p = 0.06$) y el alcohol (41.5% vs 16.1%; $\chi^2 = 6.09$; $p < 0.05$). Las mujeres muestran una tendencia a la obesidad/sedentarismo, pero no es significativa.

No se observa correlación entre factores de riesgo y hábitos nocivos con el tiempo transcurrido entre ingresos.

En el 17.14% de los casos se detectan incongruencias entre los hábitos nocivos que presentan en el ingreso en nuestra unidad y la Historia Clínica de Atención Primaria. Para el grupo de control, se tienen en cuenta todos los pacientes que ingresaron en el 2010, que no tenían ingresos previos por eventos coronarios ni lo han tenido posteriormente hasta diciembre del 2013. Ingresaron 242 pacientes, el 73.2, hombres con 60.2 ± 11 años de edad media y estuvieron ingresados en UCI 4.03 días de media.

Figuras 3 y 4: Comparativa de los días del primer ingreso entre grupo de casos y grupo control.

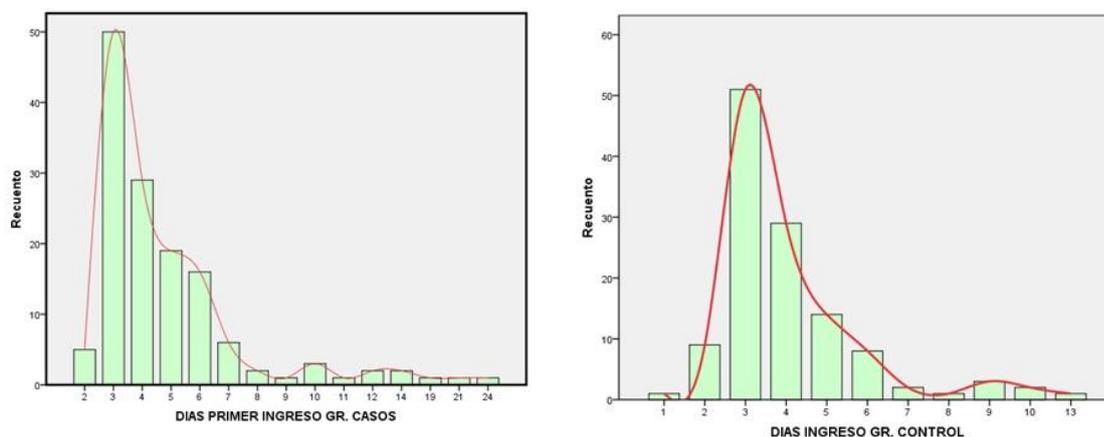


Tabla 3.- Incidencia de factores de riesgo cardiovascular y hábitos de vida nocivos de los grupos casos y control.

| | CON REINGRESO (Grupo casos) | | SIN REINGRESO (Grupo control) | |
|-----------------------|--------------------------------|------------|----------------------------------|---------------------|
| | 1º INGRESO | 2º INGRESO | INGRESO | CONTROL CONSULTA AP |
| TABAQUISMO | 41.4% | 35.7% | 48.8% | 22.3% |
| ENOLISMO | 30.7% | 31.4% | 20.7% | 19% |
| OBESIDAD/SEDENTARISMO | 34.3% | 34.3% | 38.8% | 35.7% |
| HTA | 59.3% | 40.7% | 67.8% | 39.7% |
| DISLIPEMIA | 47.9% | 36.4% | 51.2% | 33.1% |
| DIABETES | 48.6% | 46% | 33.1% | 28.1% |

DISCUSIÓN

La experiencia demuestra que, cuando un paciente ingresa en la unidad con un infarto y ha visto peligrar su vida, suele manifestar la necesidad de abandonar los hábitos nocivos, reducir su nivel de estrés, comer mejor, hacer ejercicio o controlar sus factores de riesgo. Sin embargo, el grupo de casos, en un reingreso posterior (media de 12,9 meses después) los datos reflejan que han habido pocos cambios reales en sus hábitos de vida.

Reingresa el 5,58%, siendo inferior al 7% de la tasa nacional. Esta diferencia puede estar relacionada con la población flotante extranjera que atiende nuestro hospital ⁽¹⁶⁾. No quiere decir que reingresen menos pacientes, sino que muchos de esos pacientes reingresarán en sus respectivos países en un futuro.

Que la mayoría sean hombres y la edad, no difiere de otros estudios demográficos relacionados con el SCA ⁽¹⁷⁾. Llama la atención la elevada tasa de reingresos dentro

del primer mes después de haber sido dados de alta (27,14% de los pacientes que reingresan representando el 1,51% del total de SCA). Se debería evaluar los posibles factores clínicos que justifiquen estos reingresos tan precoces. Coincidiendo con otros trabajos, a largo plazo, la tasa de reingresos es significativamente menor en el grupo que tiene mejor control de factores de riesgo ⁽¹⁸⁾.

Se observa en el grupo de casos que las tendencias en el control de hábitos nocivos, no han seguido una progresión satisfactoria. ¡El 40% de los pacientes que ingresan en una cuarta ocasión siguen fumando! Señalar que los valores representativos son los del primer y segundo reingreso y son sobre los que se centran las conclusiones. Los datos del 3º y 4º reingreso son ponderados respecto a la muestra que reingresa y por tanto, no representativos.

Es significativo que existan tantas discrepancias entre las Historias Clínicas de Especializada y Atención Primaria. Aunque algunos estudios sostienen que efectivamente existen diferencias, estas suelen estar relacionadas con la medicación ⁽¹⁹⁾. Pero en nuestro estudio, el 17,14% de los pacientes que declararon en su ingreso, seguramente motivado por el temor y gravedad de la situación, mantener hábitos nocivos, no habían dicho lo mismo a su enfermera de Atención Primaria en fechas anteriores al evento coronario. Sería interesante investigar el motivo, ya que tal vez refleje que el paciente no le da a su patología la importancia que merece. Algunos autores apuntan a que algunos pacientes mienten inconscientemente motivados por la relación de poder que existe entre el médico y ellos y que ocultar la realidad al personal sanitario, mejora su sensación de poder y control ⁽²⁰⁾. Otros trabajos demuestran que la edad y nivel sociocultural y económico están relacionados con una mala comprensión de la enfermedad ⁽²¹⁾ y por eso no le den la importancia que su patología merece, pero hay otros que demuestran que la información percibida del personal sanitario no es correcta o suficiente ⁽²²⁾.

Comparando el grupo casos con el grupo control, no existen diferencias en la edad, género ni antecedentes. Es más, los pacientes del grupo control presentaban mayores índices de tabaquismo, HTA y dislipemia. Existe una diferencia, que no es significativa en los días de estancia en el primer ingreso ($4,93 \pm 3,3$ vs. $4,01 \pm 1,8$ días). La diferencia que sí es significativa es en el manejo de los factores de riesgo, y es que los pacientes del grupo control y por tanto, que no han vuelto a reingresar, han abandonado en mayor medida el hábito tabáquico y han reducido sus niveles de colesterol e hipertensión más que el grupo de casos. Cabe señalar que en el grupo de casos, la incidencia de diabetes es mayor. Se ha estudiado sobradamente la influencia de niveles elevados de glucemia como factor predisponente de morbi-mortalidad ⁽²³⁾ y en este estudio, podría resultar como un factor que favorece el reingreso. Sería necesario estudiar detalladamente los niveles de glucemia al ingreso y compararlos con el grupo control, en el cual también hay diabéticos, pero no han reingresado.

Los datos indican que una proporción importante de pacientes coronarios no alcanzan los objetivos terapéuticos adecuados para la prevención de un nuevo evento coronario. Todo parece girar en torno a una falta de adherencia terapéutica. La Organización Mundial de la Salud definió la adherencia terapéutica como “El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” ⁽²⁴⁾. Con este concepto se busca a un paciente activo que aprenda a vivir con su enfermedad crónica, adecuadamente informado y con

participación en la toma de decisiones sobre su salud y su enfermedad compartidas con el profesional sanitario que les atiende. La mala adherencia al tratamiento y a los hábitos de vida cardiosaludables es una de las causas de mala evolución de la enfermedad y de elevadas pérdidas económicas ⁽²⁵⁾.

El grupo de control presenta una mejor adherencia que el grupo de casos y pudiera ser el motivo de que unos reingresen y otros no. Existe gran variabilidad en la prevalencia de los factores de riesgo en el grupo de casos. La situación de crisis económica actual pudiera influir en este aspecto, favoreciendo que el paciente no invierta dinero en controlar patologías silentes como la hipercolesterolemia, frente a otras que si requieren analgésicos y a las que se le dan prioridad ⁽²¹⁾. Aun así, es curioso constatar que los pacientes han mejorado-controlado mejor los factores de riesgo que sus hábitos de vida, cuando los factores de riesgo dependen en gran medida de un tratamiento (además de dieta y actividad física) y los cambios de hábitos dependen de ellos mismos y suponen un gasto adicional.

Se debería plantear si es necesario aumentar los estándares de prevención secundaria para reducir el riesgo de recurrencias. El grupo de casos, en su segundo ingreso la dislipemia sólo disminuyó en un 11,5%, la HTA en el 18,6% de los casos y el 46% de los pacientes diabéticos mantienen cifras superiores a 140 mg/dl. Esto contrasta con el dato en nuestro estudio de que el 92,1% de los pacientes dicen seguir el tratamiento prescrito tras su primer ingreso en la unidad de coronarias. Los valores de glucemia, no se han tenido en cuenta en los resultados ya que cuando un paciente diabético ingresa con un SCA, debido a la propia patología, al estrés y ansiedad propia de la situación, favorece la hiperglucemia. Este dato se extrae de las Historias de Atención Primaria en las que se realizan controles al azar.

Un análisis pormenorizado de estos datos revela que el impacto de la prevención secundaria y la educación sanitaria en el grupo de casos ha sido bajo. Este dato plantea serias dudas. ¿Las estrategias actuales de prevención fallan? ¿Por qué? Se sabe que la educación sanitaria es una herramienta de trabajo sobre los factores de riesgo que puede mejorar los resultados de mortalidad, reinfarto, etc. Por ello, la introducción precoz en una estrategia planificada de educación puede resolver la aparición de nuevos eventos. Eso es lo ideal pero, hoy en día, debido al contexto económico actual y la demanda asistencial que asume el sistema sanitario, la información que recibe el paciente en la consulta de Atención Primaria depende del tiempo que tenga la enfermera durante la consulta para cada paciente, que es insuficiente.

Otra cuestión que se desprende es, si los pacientes desconocen su enfermedad o no son conscientes de la importancia del control y cambio de hábitos y prevención. Como ya se ha comentado, los resultados de otros estudios centran los mayores niveles de desconocimiento en pacientes con edad avanzada y niveles socioeconómicos más bajos ⁽²¹⁾. Si esto último es cierto, existe un potencial beneficio de ajustar los programas de educación según las características de cada paciente. La investigación en este aspecto debería formar parte de los programas de calidad hospitalarios para analizar y corregir las posibles deficiencias, si las hay, en la información y comunicación médico y enfermera-paciente.

Sea como fuere, la idea principal que resalta de este contexto es que nuestro mensaje, como educadores, no está llegando a todos los pacientes. Tal vez se

debería considerar el reingreso en el hospital como un indicador de calidad de la prevención secundaria.

Los resultados del grupo casos sugieren que los pacientes con hábitos nocivos, son al mismo tiempo, los que manifiestan un peor control de factores de riesgo y están directamente relacionados con el número de reingresos y días de estancia hospitalaria. Los pacientes que muestren este perfil, deben ser el objetivo principal de la prevención y de la educación sanitaria. Parece que los pacientes, tras abandonar el hospital y reinsertarse en la sociedad, vuelven a retomar sus hábitos nocivos. Además muchos estudios afirman que con los meses, los pacientes abandonan el tratamiento prescrito ⁽²⁴⁾.

Estos hechos plantean que además de la prevención secundaria, sería necesario valorar la inserción de los pacientes coronarios con un mal manejo de los factores de riesgo en programas específicos de rehabilitación cardíaca. La Organización Mundial de la Salud define los Programas de Rehabilitación Cardíaca como el conjunto de medidas que persiguen la recuperación y readaptación del enfermo que padece o ha padecido alguna manifestación de cardiopatía hasta conseguir los niveles óptimos en los aspectos físico, psicológico, social y laboral ⁽²⁶⁾. Por tanto, estos programas tienen como objetivo fundamental, educar y ayudar a los pacientes a recuperar una forma de vida lo más normal y tan pronto como sea posible tras el reconocimiento del trastorno, o adaptarse a las limitaciones impuestas por éste. Respecto a los hábitos de vida, estos programas de educación sanitaria se centran en el tabaquismo, control alimentario y actividad física no sólo asesorando, sino poniendo los recursos económicos y humanos necesarios para lograrlo.

En Europa, la utilización de programas de rehabilitación cardíaca está en torno al 60%, en Estados Unidos sobre el 30% y en España en cambio, no llega al 5% de las indicaciones ⁽²⁷⁾. Esto sumado a estudios recientes realizados en nuestro país que demuestran que el 65% de los pacientes cardíacos posee información insuficiente acerca de su enfermedad y su prevención; el 29% de los enfermos considera su enfermedad de menor gravedad a la real y el 22% no sabe determinar si su enfermedad es relevante en su pronóstico ⁽²⁷⁾. Añadir que muchos pacientes abandonan sus tratamientos meses después de recibir el alta hospitalaria, relacionado directamente con el número de comprimidos prescritos ⁽²⁸⁾.

Los programas de rehabilitación son relevantes para el paciente coronario reincidente. Como agentes de Salud, la Enfermería no está ofreciendo una atención integral si no se cerciora de que el paciente entiende y es consciente de la gravedad de su enfermedad. Hay que involucrarlo más en su autocuidado, concienciar sobre la gravedad de su enfermedad y de la transcendencia que su decisión respecto a su cambio de hábitos de vida tendrá en su futuro.

Visto que a pesar de la educación y promoción de la salud que reciben los pacientes en Primaria, no parece calar del todo, una estrategia a seguir podría ser la de iniciar la prevención en la misma convalecencia del cuadro agudo, cuando el paciente y familiares están sensibilizados y motivados. Este podría ser considerado el momento adecuado para enseñar. El momento “propicio para la enseñanza” en Ciencias de la Salud se define como la situación o contexto adecuado que incita al individuo a querer mejorar su estado de salud ⁽²⁹⁾. Por tanto, la efectividad de detectar y elegir el momento adecuado, es fundamental. En ocasiones pueden ser un evento positivo el utilizado para modificar hábitos. En este caso, se trata de aprovechar la

susceptibilidad que provoca la vivencia de efectos adversos relacionados con hábitos nocivos para hacer prevención, promoción de la salud e intentar cambiar comportamientos. Basado en la evidencia proporcionada por la salud pública, se recomienda realizar una intervención motivacional breve. Consiste en una corta entrevista que pretende lograr el cambio en algún comportamiento para promover hábitos saludables. La intervención motivacional breve ha demostrado ser efectiva en varios ámbitos ⁽³⁰⁾ y combinado con el momento adecuado para la enseñanza, debería serlo aún más. La gravedad y rapidez del SCA, favorece que los pacientes estén más sensibles para abandonar los estilos de vida no saludables y los coloca en la situación ideal, para comenzar a adoptar medidas para el cambio. El perfil de pacientes detectado en este estudio, podrían ser los candidatos adecuados para recibir la intervención motivacional en su reingreso debiendo existir una continuidad de cuidados entre unidades (UCI, planta) y de educación sanitaria dentro de los distintos niveles de atención en los que se atenderá al paciente (Atención Especializada y Primaria).

Las estrategias de actuación de la enfermera deben ir dirigidas a:

- Adoptar y mantener hábitos saludables.
- Asesorar y ayudar en el abandono de los hábitos nocivos.
- Estabilizar, ralentizar o revertir la progresión de la enfermedad y los procesos ateroscleróticos.
- Reducir los factores de riesgo cardíacos y la morbimortalidad, buscando una correcta adherencia terapéutica.
- Disminuir las incapacidades y promover un estilo de vida activo.
- Limitar los efectos psicológicos y fisiológicos de la enfermedad cardíaca.
- Controlar la sintomatología.
- Mejorar la calidad de vida y el estatus psicosocial y laboral.
- Mejorar el estado físico, psíquico y social.

CONCLUSIONES

Este estudio sugiere que el problema principal por el que los pacientes reingresan en UCI es por un problema de adherencia terapéutica en la prevención secundaria y se impone la necesidad de detectar un perfil de paciente susceptible de padecer nuevos episodios coronarios.

En un marco ideal deberían existir unos programas de atención y formación al paciente coronario desde el primer momento en el que se detecta la enfermedad coronaria, sobre todo en pacientes con hábitos nocivos ya que se asocian a un mal control de los factores cardiovasculares y se relaciona directamente con el número de reingresos, estancia hospitalaria y gasto sanitario.

Según este estudio, el candidato a reingresar en UCI por SCA y que debería ser objeto de la intervención educativa y rehabilitación cardíaca, es un paciente varón entre 55-65 años, fumador y bebedor habitual con HTA y dislipemia que ingresa en

UCI mas de 4 días. El resto de pacientes que no se ajusten a este perfil, podrían seguir los cauces habituales de prevención secundaria.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Copenhague (Den): Cause-specific mortality and morbidity: Age standardized mortality rate by cause by country. C2008- [citado 2013 Mar 17]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.18>).
2. Díaz-Guzmán J, Egido-Herrero JA, Fuentes B, Fernández-Pérez C, Gabriel-Sánchez R, Barberà G et al. Incidence of strokes in Spain: the Iberictus study. Data from the pilot study. *Rev Neurol.* 2009;48:61-5)
3. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, de Mata Donado Campos J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis; 2007.
4. Proyecto RECALCAR. La atención al paciente con cardiopatía en el Sistema Nacional de Salud. Recursos, actividad y calidad asistencial, Sociedad Española de Cardiología, Noviembre 2012.
5. Andrés E, Cordero A, Purificación M, Alegría E, León M, Luengo E, et al. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio: un estudio de seguimiento de ocho años. *Rev. Esp. Cardiología.* 2012; 65 (5): 414-420.
6. García Garrido L. Epidemiología de la enfermedad coronaria. En: Portuondo Masera M^aT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, et al. Manual de enfermería. Prevención y rehabilitación cardíaca. Madrid: Asociación de Enfermería en Cardiología; 2009. p.39-42.
7. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hatigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl Med.* 2007; 356:1503-16.
8. Nekane Murga, A. Seguimiento del paciente en la fase crónica de la enfermedad coronaria. *Rev Esp Cardiología.* 2013; 13(Supl.B):35-41 - Vol. 13.
9. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, BerryJD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics–2012 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2012; 125: e2 – e220. Publicación electrónica: 2011 Dic 15. <http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2>.
10. Maroto JM, ed. Rehabilitación cardíaca. Madrid: Sociedad Española de Cardiología, 2009.
11. Aberg A, Bergstrand R, Johansson S, Ulvenstam G, Vedin A, Wedel H, et al. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *Br Heart J.* 1983;49:416-22.
12. Charles J Bentz. An intensive smoking cessation intervention reduced hospital admissions and mortality in high risk smokers with CVD. *Evid. Based Med.* 2007; 12; 113.
13. Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD002128. DOI: 10.1002/14651858.CD002128.pub3.
14. Hooper L, Thompson RL, Harrison RA, Summerbell CD, Ness AR, Moore HJ, et al. Risks and benefits of omega 3 fats for mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review. *BMJ.* 2006; 332:752-60.
15. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med.* 2004; 116:682-92.
16. Salvador J, Santana L, Godenau D. Turismo, migraciones y mercado de trabajo en canarias. *Rev Atlántida.* 2015

17. Royo-Bordonada MÁ, Lobos JM, Brotons C, Villar F, de Pablo C, Armario P, et al. El estado de la prevención cardiovascular en España. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2014 Jan 7
18. Redondo-Diéguez A, Gonzalez-Ferreiro R, Abu-Assi E, Raposeiras-Roubin S, Saidhodjayeva O, López-López A, et al. Pronóstico a largo plazo de pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y arterias coronarias sin estenosis significativa. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2015 Sep 1
19. García-Molina Sáez C, Urbieto Sanz E, Madrigal de Torres M, Piñera Salmerón P, Pérez Cárceles MD. Fiabilidad de los registros electrónicos de prescripción de medicamentos de Atención Primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2016 Mar 1
20. De J, Salord H. Comunicación real y aparente en la entrevista clínica: Modelo del doble espejo. 2016;123–36.
21. González-Zobl G, Grau M, Muñoz MA, Martí R, Sanz H, Sala J, et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2010 Sep 1
22. Andrés M, García-Castrillo L, Rubini S, Juárez R, Skaf E, Fernández M, et al. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2007 Jul 1
23. Sanjuán R, Núñez J, Blasco ML, Miñana G, Martínez-Maicas H, Carbonell N, et al. Implicaciones pronósticas de la hiperglucemia de estrés en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST. Estudio observacional prospectivo. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2011 Mar 1
24. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Nov 20
25. Fernández-de-Bobadilla J, López-de-Sá E. Carga económica y social de la enfermedad coronaria. *Rev Española Cardiol Supl* [Internet]. 2013 Jan 1
26. Rehabilitation of patient with cardiovascular disease WHO. Technical Reports Ginebra: OMS, 1964; n.º 270.
27. Manuel Barreiroa,, Elena Velascoa, Alfredo Renillaa, Francisco Torresa, María Martín, De la Hera JM. Grado de conocimiento sobre su enfermedad cardiaca entre los pacientes hospitalizados..*Rev Esp Cardiología*. 2013; 66:229-30. - Vol. 66 Núm.3.
28. Meseguer C, Galan I, Herruzo R, Zorrilla B, Rodriguez-Artalejo F. Actividad física de tiempo libre en un país mediterráneo del sur de Europa: Adherencia a las recomendaciones y factores asociados. *Rev Esp Cardiol*. 2009;
29. Lawson PJ, Flocke SA. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2009 Jul 1
30. Lakerveld J, Bot SD, Chinapaw MJ, van Tulder MW, Kostense PJ, Dekker JM, et al. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2013 Apr 19

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia