

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado de Enfermería

Curso académico 2019/2020

TRABAJO FIN DE GRADO

**“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES
POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”**

Autora: Alejandra Domínguez Lacarte

Director: Felipe Nuño Morer

ÍNDICE	Pág.
1. RESUMEN	2
1. ABSTRACT	3
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1. ACTUALIZACIÓN DEL TEMA	5
2.2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	5
3.1. OBJETIVO GENERAL	5
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4. METODOLOGÍA	6
4.1. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA	6
4.2. METODOLOGÍA DEL PROGRAMA	9
5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD	9
5.1. DIAGNÓSTICO	9
5.1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	9
5.1.2. PRIORIDADES DEL PROGRAMA	10
5.2. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA	11
5.2.1. METAS Y OBJETIVOS	11
5.2.2. POBLACIÓN DIANA Y CONTEXTO SOCIAL	11
5.2.3. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES	11
5.2.4. DETERMINACIÓN DE RECURSOS: MATERIALES Y HUMANOS	12
5.2.4. DETERMINACIÓN DE ACTIVIDADES	12
5.2.5.1. Sesión 1: introducción al programa y conceptos básicos	13
5.2.5.2. Sesión 2: importancia de la dieta	15
5.2.5.3. Sesión 3: importancia del ejercicio	17
5.2.5.4. Sesión 4: importancia de la medicación	19
5.2.5.5. Sesión 5: tabaco y alcohol	22
5.2.5.6. Sesión 6: técnicas de relajación	23
5.2.3. CRONOGRAMA	26
5.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	27
6. CONCLUSIONES	28
7. BIBLIOGRAFÍA	29
8. ANEXOS	34

1. RESUMEN

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en España y en el mundo, donde se encuentra el infarto agudo de miocardio (IAM), fenómeno agudo debido a obstrucciones por placas ateroscleróticas que impiden al flujo sanguíneo llegar correctamente al corazón, no permitiendo nutrirlo y oxigenarlo adecuadamente. Su causa es multifactorial y viene determinada por los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables (hiperlipidemia, hipertensión arterial (HTA), diabetes, hábitos dietéticos inadecuados, vida sedentaria, obesidad) y no modificables (edad, sexo, raza), pudiendo ser los primeros controlados y reducidos.

Objetivos

Diseñar y llevar a cabo un Programa de Educación Para la Salud (EPS) destinado a pacientes que se encuentran en la fase III de rehabilitación cardiaca, instaurando un estilo de vida saludable, aumentando su autonomía, mejorando su calidad de vida y estado de salud, a desarrollar en un centro de salud.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos, consultando diferentes guías clínicas, asociaciones oficiales y libros.

Desarrollo

Se realizará una captación de pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio mediante las consultas de enfermería de los centros de salud. Se impartirán seis sesiones educativas con una duración de 90 minutos aproximadamente. La finalidad es aumentar los conocimientos y adhesión al tratamiento mediante charlas informativas y actividades, midiendo los resultados positivos con los indicadores establecidos.

Conclusiones

Debido a la incidencia del infarto agudo de miocardio y al desconocimiento de los pacientes que lo han sufrido respecto a su patología y reducción de los factores de riesgo cardiovascular se ha desarrollado un Programa de Salud con la finalidad de reducir nuevos eventos cardiovasculares que pudieran disminuir la calidad de vida y autonomía de los pacientes o provocar la muerte.

Palabras clave

Infarto agudo miocardio, prevención secundaria, rehabilitación cardiaca, dieta, ejercicio, tratamiento.

1. **ABSTRACT**

Introduction

Cardiovascular diseases (CVD) are the main cause of death in Spain and the world, where it is found the acute myocardial infarction (AMI), an acute phenomenon due to obstructions by atherosclerotic plaques that prevent the blood flow to reach the heart properly, preventing it from being nourished and oxygenated adequately. Its cause is multifactorial and is determined by modifiable cardiovascular risk factors (hyperlipidemia, high blood pressure (HBP), diabetes, inadequate dietary habits, sedentary life, obesity) and non-modifiable (age, sex, race), and may be the first controlled and reduced.

Objectives

To design and carry out a health education program (HEP) for patients who are in phase III of cardiac rehabilitation, to improve adherence by establishing a healthy lifestyle, increasing their autonomy, improving their quality of life and health status, to be developed in a health center.

Methodology

A bibliographic search has been carried out through different databases, consulting different clinical guides, official associations and books.

Development

Patients who have suffered an acute myocardial infarction will be recruited through the health centre nurses' surgeries. Six educational sessions will be given with a duration of approximately 90 minutes. The aim is to increase knowledge and adherence to treatment through informative talks and activities, measuring positive results with established indicators.

Conclusions

Due to the incidence of acute myocardial infarction and the lack of knowledge of patients who have suffered it regarding their pathology and reduction of cardiovascular risk factors, a health program has been developed with the aim of reducing new cardiovascular events that could diminish the quality of life and autonomy of patients or cause death.

Keywords

Acute myocardial infarction, secondary prevention, cardiac rehabilitation, diet, exercise, treatment.

2. INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) se encuentra dentro de las enfermedades cardiovasculares (ECV) las cuales se caracterizan por ser un grupo de desórdenes del corazón y los vasos sanguíneos. Es un fenómeno agudo que se debe principalmente a obstrucciones, impidiendo que la sangre fluya correctamente hacia el corazón. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa, placas de ateroma, en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan este órgano. (1)

La causa del IAM es multifactorial, por la existencia y combinación de unos componentes denominados factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (ANEXO I). (1, 2)

La principal manifestación de un IAM es el dolor precordial difuso y aplastante de unos 20 minutos o más de duración, que puede irradiarse a hombro izquierdo, brazos, mandíbula o espalda (más frecuente en mujeres) o dolor epigástrico. Puede aparecer en reposo o durante el ejercicio y no se alivia con vasodilatadores (VD) como la nitroglicerina (NTG), tampoco se modifica con los movimientos musculares, respiratorios o la postura. Además, puede presentar signos y síntomas como dificultad para respirar o disnea, náuseas y vómitos, sudoración o frialdad. (1, 2)

La definición clínica de IAM se expresa por la presencia de biomarcadores cardiacos anormales junto con evidencia de isquemia aguda que determinan daño en el miocardio. Dependiendo del daño miocárdico, la presencia de síntomas que indican isquemia, cambios electrocardiográficos y hallazgos en técnicas de imágenes es posible clasificar en IAM en diferentes tipos (ANEXO II). (3)

La aterosclerosis produce la formación de placas de ateroma en el interior de los vasos sanguíneos, cuando una de estas placas se rompe o erosiona se liberan sustancias aterógenas que pueden dar lugar a la aparición de una trombosis aguda, con o sin vasoconstricción concomitante, que produce la reducción súbita y crítica del flujo sanguíneo, dando lugar a inflamación, lesión, isquemia y necrosis. La existencia de una red colateral adecuada es capaz de impedir la necrosis. (2)

Las herramientas consideradas más eficaces en la reducción de la morbilidad y mortalidad de ECV son los programas de prevención secundaria y la rehabilitación cardiaca. La rehabilitación cardiaca se define como el programa desarrollado por un equipo multidisciplinar que tiene como objetivo a largo plazo devolver a los pacientes las máximas posibilidades físicas y mentales tras haber sufrido un problema cardiaco, permitiendo su readaptación y recuperando una vida normal desde los puntos social, familiar y profesional, consta de tres fases (ANEXO III). Designada para minimizar los riesgos de muerte súbita o reinfarcto, control de síntomas y revisión de procesos ateroscleróticos. (4, 5, 6, 7)

2.1. ACTUALIZACIÓN DEL TEMA

Las ECV son la primera causa de muerte en España, constituyendo el 28'3% del total de fallecimientos, provocando un elevado gasto sanitario. (8, 9)

Estudios de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) destacan dos tendencias importantes en el tiempo: la probabilidad de morir por una cardiopatía isquémica cada vez es menor, sin embargo, la prevalencia de padecerla está aumentado. (10)

Diversos estudios demuestran que existe una probabilidad del 6-8% de un nuevo evento cardiaco durante el primer año, siendo este más mortal que en la población general, estando demostrado que estos pacientes no han cambiado su estilo de vida nocivo. (11)

La rehabilitación cardiaca tras un síndrome coronario aguda (SCA) ha demostrado reducciones de hasta un 41% en la mortalidad y un 32% en las rehospitalizaciones, además de reducir enormemente el coste económico. (9)

2.2. JUSTIFICACIÓN

Enfermería tiene un papel importante respecto a los FRCV modificables y debe incidir durante la educación al paciente, modificando los hábitos inadecuados y reforzando los hábitos saludables para conseguir una disminución de las secuelas postinfarto y aumentar su calidad de vida.

Así como durante la rehabilitación cardiaca, consiguiendo reducción en la mortalidad y la recurrencia de eventos isquémicos. Ha demostrado la disminución de mortalidad cardiovascular durante los últimos 40-50 años. (9)

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar y llevar a cabo un Programa de Educación para la Salud (EPS) destinado a pacientes que se encuentran en la fase III de rehabilitación cardiaca, que mejore la adherencia instaurando definitivamente un estilo de vida saludable que aumente su autonomía, mejore su calidad de vida y estado de salud, a desarrollar en un centro de salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer los signos y síntomas de cardiopatía isquémica y saber cómo actuar frente a ellos, así como técnicas de control y manejo de situaciones de estrés.
- Instruir sobre la medicación habitual que toma y sus posibles efectos secundarios.

- Fomentar la vida saludable del paciente mediante el ejercicio físico diario, correcta alimentación y abandono de hábitos nocivos para su salud.

4. METODOLOGÍA

4.1. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

Se ha elaborado un Programa de Salud dirigido a personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio en los últimos 6 meses y se encuentran en la fase III de rehabilitación cardiaca.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica con el fin de obtener información sobre los problemas derivados de un IAM y medidas de prevención de nuevos eventos cardiacos y estilo de vida saludable (ANEXO IV) (ANEXO V). Duración de 4 meses, desde el 27 de diciembre de 2019 hasta el 2 de abril de 2020 (ANEXO VI).

Los términos obtenidos en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS: “infarto agudo miocardio”, “síndrome coronario agudo”, “rehabilitación cardiaca” “prevención secundaria”, “tabaquismo”, “tratamiento”; MeSH: “myocardial infarction”, “coronary syndrome”, “cardiac rehabilitation”, “secondary prevention”, “smoking”, “treatment”) combinados con el operador booleano “AND” permitieron encontrar los artículos empleados en la realización del Programa de Educación para la Salud.

TABLA I: Descriptores de ciencias de la salud

DeCS	MeSH
“Infarto agudo miocardio”	“Myocardial infarction”
“Síndrome coronario agudo”	“Coronary syndrome”
“Rehabilitación cardiaca”	“Cardiac rehabilitation”
“Prevención secundaria”	“Secondary prevention”
“Tabaquismo”	“Smoking”
“Tratamiento”	“Treatment”

Fuente: elaboración propia.

Las fuentes bibliográficas consultadas para contextualizar y elaborar el trabajo fueron: SciELO, Dialnet, PubMed, IBECS, Cuidatge, Fisterra, Enfispo. Se obtuvieron resultados en las tres primeras. Así como asociaciones oficiales, libros, revistas científicas y guías de práctica clínica. Además de bibliotecas como la biblioteca de la escuela universitaria de enfermería, biblioteca del hospital San Jorge y biblioteca del colegio oficial de enfermería de Huesca.

Los criterios de inclusión han sido: artículos a texto completo, desde 2014 hasta 2019, información ambos sexos.

Los criterios de exclusión han sido: idioma distinto a español o inglés, artículos veterinarios, artículos de pediatría.

TABLA II: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos a texto completo	Idioma distinto a español o inglés
Desde 2014 hasta 2019	Artículos veterinarios
Información ambos sexos	Artículos de pediatría

Fuente: elaboración propia.

TABLA III: Metodología de búsqueda bibliográfica en bases de datos

Bases de datos	Descriptores	Artículos encontrados	Artículos utilizados
SciELO	Síndrome coronario agudo "AND" Rehabilitación cardiaca	46	2 (6, 7)
	Síndrome coronario agudo "AND" Factores de riesgo	33	1 (11)
	Infarto agudo miocardio "AND" Tratamiento	71	1 (26)
	Síndrome coronario agudo "AND" Betabloqueantes	2	1 (27)
	Infarto agudo miocardio "AND" Tabaquismo	11	3 (33, 34, 35)
	Estrés "AND" Cortisol	30	1 (37)
Dialnet	Infarto agudo miocardio "AND" Rehabilitación cardiaca	38	1 (4)
	Infarto agudo miocardio "AND" Prevención secundaria	45	0
PubMed	Myocardial infarction "AND" Cardiac rehabilitaiton	1	0
	Myocardial infarction "AND" Secondary prevention	2	0
	Myocardial infarction "AND" Treatment	38	0

Fuente: elaboración propia.

TABLA IV: Metodología de búsqueda bibliográfica en páginas web

Páginas web	
Organización Mundial de la salud (OMS)	https://www.who.int/es
Revista Española de Cardiología	https://www.revespcardiol.org/
Fundación Española del Corazón	https://fundaciondelcorazon.com/
Instituto Nacional de Estadística (INE)	https://www.ine.es/
Sociedad Española de Cardiología	https://secardiologia.es/
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social	https://www.mscbs.gob.es/
Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)	https://www.aragon.es/organismos/departamento-de-economia-planificacion-y-empleo/direccion-general-de-economia/instituto-aragones-de-estadistica-iaest-
Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA)	https://nutricion.org/
Harvard T.H. CHAN	https://www.hsph.harvard.edu/
Vademecum	https://www.vademecum.es/

Fuente: elaboración propia.

TABLA V: Metodología de búsqueda bibliográfica en guías clínicas

Guías de práctica clínica
Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica
Guía de ejercicios para pacientes con enfermedad cardiovascular

Fuente: elaboración propia.

TABLA VI: Metodología de búsqueda bibliográfica en libros

Libros
Ruiz García, M.I., Ruiz Fernández, M.A., Villalobos Crespo, A. La desensibilización sistémica y técnicas de relajación. Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales. Biblioteca de Psicología. Ed. Madrid. Desclee; 2017 [citado 2 abr. 2020] 237-276.

Fuente: elaboración propia.

4.2. METODOLOGÍA DEL PROGRAMA

La captación de pacientes se llevará a cabo a través de las enfermeras de atención primaria de los Centros de Salud Pirineos, Santo Grial y Perpetuo Socorro de Huesca, además de distribuir carteles (ANEXO VII) por el centro y repartir folletos trípticos (ANEXO VIII) informativos.

El Programa de Salud se desarrollará mediante sesiones impartidas por enfermeras a los pacientes que decidan por voluntad propia participar. Se contactará con los interesados previamente y se explicará la finalidad del programa, que consta de 6 sesiones, una por semana, a realizarse en la sala de reuniones del C.S. Pirineos de la ciudad de Huesca.

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD

5.1. DIAGNÓSTICO

5.1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

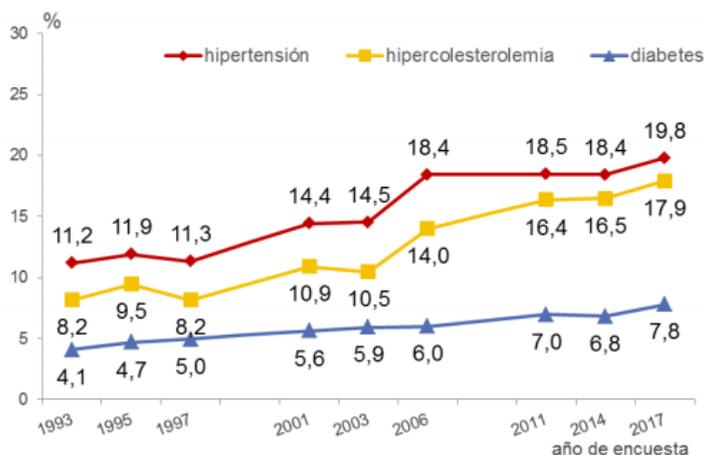
Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) las enfermedades del sistema circulatorio lideran la lista de defunciones en España en el año 2018, provocando 120.859 defunciones del total (427.721), representando el 28'25%. Dentro de estas enfermedades las isquémicas siguen ocupando el primer lugar y el IAM causó 14.521 muertes en este año, representando el 12% de las enfermedades circulatorias y el 3'4% del total. En Aragón fallecieron en 2018 un total de 473 personas por IAM, siendo 291 hombres y 182 mujeres. Concretamente en la provincia de Huesca fallecieron un total de 83 personas, 52 hombres y 31 mujeres. (12, 13)

En el año 2017 un total de 53.435 pacientes fueron dados de alta hospitalaria en España tras haber sufrido un infarto agudo de miocardio, 1.330 pertenecían a Aragón y más concretamente 135 a en la provincia de Huesca, siendo 90 de ellos hombres y 45 mujeres. (14)

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) en el año 2017 han aumentado los factores de riesgo cardiovascular metabólicos: diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, etc. (15)

Gráfico 1: Aumento de los factores de riesgo cardiovascular

“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

Ha aumentado la actividad física, a pesar de ello un 35'3% de la población entre 15 y 69 años no alcanza el nivel de actividad física saludable recomendado por la OMS, en el año 2017 un 44'4% de las personas residentes en Aragón consideran realizar un nivel de actividad física bajo (ANEXO IX). El 37'8% de la población ocupa una vida sedentaria, siendo mayor la tendencia en mujeres, el porcentaje en Aragón es muy similar, el 37'3% de la población se considera sedentaria en su tiempo de ocio (ANEXO X). (15, 16, 17)

Por otro lado, el tabaquismo se ha reducido, aunque el porcentaje sigue siendo más elevado en hombres un 25'6% respecto al 18'8% de mujeres, en Aragón un 24'1% de la población es fumador diario y un 26'4% exfumador (ANEXO XI). (15, 18)

La prevalencia de consumo de alcohol habitual se ha reducido ligeramente, el consumo ocasional sigue siendo elevado, un 19% de la población aragonesa consume alcohol a diario frente a un 24'1% que lo consume de manera semanal (ANEXO XII). (15, 19)

La obesidad, más frecuente en hombres, continúa aumentando y más de la mitad de la población (54'5%) padece sobrepeso, en Aragón un 36'8% de la población tiene sobrepeso y un 15'7% obesidad (ANEXO XIII). (15, 20)

5.1.2. PRIORIDADES DEL PROGRAMA

La prioridad principal del programa es mejorar la calidad de vida de los participantes mediante actividades que rectifiquen hábitos nocivos, refuercen hábitos saludables y amplíen sus habilidades y conocimientos en diversos campos como la alimentación saludable, el ejercicio físico, abandono de hábitos nocivos, manejo del estrés y medicación habitual.

Se deberá educar al paciente sobre la tolerancia durante la realización del ejercicio físico. También mejorarán los hábitos alimenticios del paciente ampliando sus conocimientos sobre diferentes alimentos, formas de cocinado y recetas saludables. Se enseñarán técnicas de control y manejo de situaciones de estrés en su vida diaria. Será importante proporcionar información clara y concisa sobre los fármacos habituales tras esta patología y sus principales efectos secundarios. Por último, será importante concienciar sobre el abandono de hábitos nocivos para su salud, como el consumo de tabaco o alcohol.

5.2. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

5.2.1. FORMULACIÓN DE METAS Y OBJETIVOS

- Identificar a los pacientes que han sufrido un IAM en los últimos seis meses.
- Motivar a los pacientes favoreciendo su adhesión al programa.
- Educar sobre los FRCV que desencadenan un IAM.
- Enseñar a identificar los signos y síntomas que pueden indicar un IAM.
- Proporcionar información sobre cómo la actividad física y la dieta saludable reducen la hipercolesterolemia, hipertensión arterial y el sobrepeso.
- Fomentar la realización de hábitos de vida saludable como la realización de ejercicio físico y dieta saludable.
- Reforzar los conocimientos adecuados y afinar los erróneos.

5.2.2. POBLACIÓN DIANA Y CONTEXTO SOCIAL

Programa dirigido a personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio en los últimos seis meses y se encuentran en la fase III de rehabilitación cardiaca, donde es necesario implantar y reforzar los conocimientos y hábitos de vida saludable, así como conocer los factores de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo), los signos y síntomas y saber cómo actuar ante ellos. Los pacientes deben pertenecer al sector de salud de la Provincia de Huesca.

5.2.3. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

El criterio de inclusión son pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio en los últimos 6 meses y se encuentran en la fase III de la rehabilitación cardiaca.

La captación de pacientes se llevará a cabo a través de las consultas de enfermería de los Centros de Salud de Huesca: Pirineos, Santo Grial y Perpetuo Socorro. Previamente las enfermeras interesadas en la realización del Programa de Salud asistirán a una charla impartida por los responsables del programa, quedarán claros los contenidos que van a tratarse en las

“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”

diferentes sesiones y la importancia de que los pacientes que han padecido un IAM en los últimos seis meses participen en él.

El programa será difundido a través de trípticos que serán entregados a los pacientes que cumplen los criterios de inclusión cuando acudan a la consulta y carteles colocados en el Centro de Salud. Los trípticos incluirán información sobre el contenido del programa, su importancia y los beneficios que aporta a su salud.

Por último, los pacientes que voluntariamente hayan decidido participar se les explicará brevemente, pero de manera más concreta el programa.

5.2.4. DETERMINACIÓN DE RECURSOS (ANEXO XIV)

TABLA VII: Recursos utilizados

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS
<ul style="list-style-type: none">- Sala del Centro de Salud Pirineos- 16 sillas- Ordenador- Proyector- Pantalla blanca- Puntero láser- Folios- Documentos impresos- Bolígrafos- Carpetas- Carteles- Trípticos informativos	Personal enfermero voluntario que haya realizado el curso previo impartido sobre el Programa de Salud para pacientes postinfarto de miocardio.

Fuente: elaboración propia.

5.2.5. DETERMINACIÓN DE ACTIVIDADES

Programa de Salud diseñado para grupos de 15 personas máximo.

Los pacientes interesados deberán rellenar una hoja de inscripción (ANEXO XV) y la versión reducida del Cuestionario de Actividad Física en el Tiempo Libre de Minnesota (VERM) (ANEXO XVI), en la consulta de enfermería donde las enfermeras ayudarán a los pacientes en la resolución de dudas. La documentación será recogida en la propia consulta por la enfermera. Se procurará distribuir a los pacientes en dos grupos según los resultados del test, en función de su estado físico.

El personal de enfermería será responsable de preparar y realizar las sesiones, las consultas que los pacientes tuviesen programadas se mantendrán y servirán como refuerzo al programa.

Se desarrollarán un total de 6 sesiones, la primera será la introducción al programa con una duración de 45 minutos o 1 hora aproximadamente,

inferior a las habituales de 1h y media aproximadamente, todos los miércoles pudiendo elegir el horario de mañanas (9h a 10:30h) o tardes (17:30 h a 19h) y pudiendo intercambiar el horario con previo aviso en caso de que no se pudiese asistir puntualmente en el horario del turno elegido.

Sesión previa informativa a las enfermeras que repartirán los trípticos y ayudarán a los pacientes en la cumplimentación de documentos:

Se realizará una sesión previa informativa indicando que el programa está dirigido a pacientes que ha sufrido un IAM en los últimos seis meses y cuyo objetivo es instaurar un estilo de vida saludable que aumente su autonomía, mejore su calidad de vida y estado de salud, a lo largo de seis sesiones. Se colgarán carteles y entregarán trípticos informativos con los contenidos básicos del programa. La hoja de inscripción y VERM serán entregadas a los pacientes que asistirán al programa y se les ayudará en su cumplimentación, si lo precisan. Los documentos de los pacientes participantes serán guardados por las enfermeras y recogidos al final de la semana.

5.2.5.1. **Sesión 1:** introducción al Programa de Salud y conceptos básicos

La enfermera encargada del Programa de Salud “Tu corazón está en tus manos” introducirá brevemente el programa y concretará los temas que se tratarán a lo largo de las seis sesiones, así como los objetivos que se pretenden conseguir.

Se entregará un cuestionario (ANEXO XVII) a los participantes en el que se plantean los principales temas de las sesiones para conocer el nivel de conocimientos que poseen al inicio del programa. También una carpeta con folios y un bolígrafo.

Tras la presentación se explicarán los conceptos básicos principales.

Al finalizar la sesión se entregará un menú en blanco (ANEXO XVIII), el cual deberán rellenar los pacientes a lo largo de la semana con su alimentación habitual, deberán traerlo la siguiente sesión (**Sesión 2:** importancia de la dieta).

Preguntas y resolución de dudas.

TABLA VIII: Sesión 1: introducción al Programa de Salud y conceptos básicos

Sesión 1: introducción al Programa de Salud y conceptos básicos

¿Qué es el infarto agudo de miocardio?

Lo primero es conocer qué son las enfermedades cardiovasculares (ECV), son un conjunto de alteraciones que se producen tanto en el corazón como en los vasos sanguíneos, produciendo diferentes patologías entre las que se encuentra el infarto agudo de miocardio (o IAM). El IAM es un fenómeno agudo que se debe principalmente a obstrucciones de los vasos sanguíneos

que irrigan al corazón, impidiendo que la sangre fluya correctamente hacia este. (1, 2)

¿Por qué he sufrido un infarto agudo de miocardio?

La causa más frecuente de obstrucción de los vasos sanguíneos del corazón y por lo tanto del IAM es la formación de depósitos de grasa, denominados placas de ateroma, impidiendo que llegue correctamente la sangre y por lo tanto que el corazón reciba los nutrientes y oxígeno necesarios.

La causa principal es la aterosclerosis, que produce la formación de placas de ateroma en el interior de los vasos sanguíneos, cuando una de estas placas se rompe o erosiona se liberan sustancias denominadas aterógenas que pueden dar lugar a la aparición un trombo, el cual obstruye los vasos sanguíneos que irrigan al corazón, dando lugar a inflamación, lesión, posterior isquemia y necrosis, el tejido necrótico es una acumulación de células muertas, irreversible.

La obstrucción de los vasos sanguíneos y por lo tanto la causa de IAM es multifactorial, esto significa que se produce por la combinación de unos componentes denominados factores de riesgo cardiovascular (FRCV). (1, 2)

¿Qué son los factores de riesgo cardiovascular?

Los FRCV son una serie de características biológicas y/o estilos de vida no saludables que se asocian con un mayor riesgo de padecer una ECV. Podemos clasificarlos en dos grupos diferenciados:

- FRCV no modificables: son características biológicas. Aquellos en los que no se puede incidir ni cambiar, entre ellos se encuentran:
 - La edad avanzada.
 - El sexo (masculino).
 - La raza (negra).
- FRCV modificables: son derivados de estilos de vida poco saludables. En estos sí que se puede incidir y de esa forma reducir el riesgo de sufrir un nuevo evento cardiaco y por otro lado mejorar la calidad de vida. Los principales son:
 - Hiperlipidemia.
 - Hipertensión arterial (HTA).
 - Diabetes.
 - Hábitos alimentarios inadecuados.
 - Obesidad.
 - Vida sedentaria.
 - Tabaquismo y consumo de alcohol. (1, 2)

¿Cuáles son los signos y síntomas de un infarto agudo de miocardio?

Es importante reconocer a tiempo los signos y síntomas de un IAM ya que esto permitirá actuar con mayor rapidez y por lo tanto se reducirán las consecuencias.

La principal manifestación de en un IAM es el dolor precordial difuso y aplastante, el cual presenta las siguientes características:

- Tiene una duración de unos 20 minutos o más.
- Puede irradiarse a hombro izquierdo, brazos, mandíbula o espalda (más frecuente en mujeres) o dolor epigástrico (menos común).

- Su aparición se produce tanto en reposo como durante el ejercicio.
- No se alivia con vasodilatadores (VD) como la nitroglicerina (NTG).
- No se modifica (intensifica o disminuye) con los movimientos musculares, respiratorios o la postura.

Además, puede manifestarse acompañado de signos y síntomas tales como:

- Dificultad para respirar o disnea.
- Náuseas y vómitos.
- Sudoración y/o frialdad. (1,2)

En caso de presentar estos signos y síntomas debe reposar para disminuir el trabajo del corazón, tomar nitroglicerina vía sublingual y si no cede avisar al número de emergencias.

Fuente: elaboración propia.

5.2.5.2. **Sesión 2:** importancia de la dieta

Se comenzará la sesión resumiendo en qué consistirá, los puntos principales a tratar y las actividades a realizar.

Se realizará la presentación y explicación de los contenidos. Después cada paciente revisará el menú que realizó a lo largo de la semana y comentará qué aspectos de su alimentación considera adecuados y puede mantenerlos, junto con cuáles no y debería modificar.

Se entregará un nuevo menú en blanco (ANEXO VIII) y un documento que incluirá la Pirámide de la Alimentación Cardiosaludable (ANEXO XIX) y el Plato de Harvard (ANEXO XX) para que elaboren un menú semanal con sus preferencias, permitiendo la consulta y resolución de dudas respecto a este.

Preguntas y resolución de dudas.

Al finalizar se informará a los pacientes que la próxima sesión acudan con ropa cómoda deportiva.

Tabla IX: Sesión 2: importancia de la dieta

Sesión 2: importancia de la dieta

La dieta saludable es un factor muy importante en la prevención secundaria ya que reduce el riesgo de sufrir un nuevo evento cardiaco, ayudando a disminuir los FRCV y reduciendo la carga de trabajo del corazón. (21)

La alimentación va a estar ajustada a una serie de pautas:

- **ENERGÍA**

La dieta debe proporcionar las calorías adecuada para obtener un peso cercano a lo ideal y su mantenimiento, reduciendo o previniendo así uno de los FRCV más importantes como es el sobrepeso y la obesidad.

La pérdida de peso produce numerosos beneficios:

- Evita la sobrecarga del corazón y por lo tanto su carga de trabajo.
- Baja las cifras de tensión arterial (TA).
- Reduce los triglicéridos.
- Disminuye las cifras de LDL (“colesterol malo”).
- Aumenta las cifras de HDL (“colesterol bueno”).

Los pacientes con sobrepeso u obesidad deberán realizar una dieta hipocalórica, baja en grasas, tratando de ajustar las calorías que ingieren al gasto energético que realizan. La disminución de peso debe ser gradual y mantenerse a lo largo del tiempo.

Es muy importante que la aportación de nutrientes sea equilibrada: rica en hidratos de carbono, proteínas de alto valor biológico (origen animal) y baja en grasas saturadas. (21)

- **GRASAS TOTALES**

Las grasas deben cubrir aproximadamente el 30% de las calorías totales a lo largo del día, pero esto no implica que todas ellas sean beneficiosas:

- Ácidos grasos monoinsaturados:
 - Aportan el 15% de las calorías diarias.
 - Aceite de oliva y frutos secos.
- Ácidos grasos polinsaturados:
 - No deben sobrepasar el 10% de calorías diarias.
 - Ácidos grasos Omega 3: pescados azules (sardina, salmón, jurel y caballa).
 - Ácidos grasos Omega 6: semillas y cereales.
- Ácidos grasos saturados:
 - Deben aportar entre el 8-10% de calorías diarias.
 - Se encuentran en:
 - Alimentos de origen animal: lácteos enteros, quesos, carnes, mantequillas o aves.
 - Aceites vegetales: coco, palma o palmiste.
 - Productos industrializados y bollería (emplean los aceites mencionados anteriormente). (21)

- **COLESTEROL**

El aporte debe ser inferior a 200-300 mg/día.

Se encuentra solamente en productos de origen animal. (21)

- **HIDRATOS DE CARBONO**

Representan el 55% de las calorías totales.

Para alcanzar este objetivo es necesario aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales. (21)

- **PROTEÍNAS**

Deben aportar el 15% de las calorías totales.

Se encuentran en: carne, pescado, huevos, aves, legumbres y lácteos. (21)

- **SODIO**

Se restringirá, si precisa, según prescripción dietética.
En pacientes hipertensos se recomienda un máximo de 2,5 g/día.
(21, 22)

SUGERENCIAS CULINARIAS:

- Consumir de 3 a 5 raciones de pescado a la semana, una de ellas al menos debe ser de pescado azul.
- Reemplazar lácteos enteros por semidesnatados o desnatados.
- Retirar grasa visible en las carnes y piel de las aves.
- Sustituir la mantequilla por aceite de oliva virgen extra (AOVE).
- Emplear métodos de cocción como hervido, vapor, asado o a la plancha, evitando los fritos.
- Consumir, al menos, 5 raciones diarias de frutas y verduras.
- Cocinar sin sal y sustituirla por condimentos como ajo, cebolla, tomillo, orégano, pimienta, etc. (21)

Es recomendable realizar comidas de poca cantidad, divididas en cinco ingestas diferentes a lo largo del día, disminuyendo el gasto cardiaco, al metabolizar los alimentos de manera más racionada. (21)

Para las comidas principales pueden ayudarse y emplear el método del Plato de Harvard, el cual es una guía que facilita la creación de dietas saludables y equilibradas. Consiste en distribuir un plato llano, de aproximadamente 22 cm, de la siguiente manera:

- Una mitad del plato consistirá en frutas y verduras.
- La otra mitad se dividirá en cuartos. Un cuarto incluirá cereales (pan, pasta, arroz) y el otro cuarto proteína (carne, pescados o cereales).
- Se recomienda la elección de aceites vegetales saludables como el AOVE y acompañar las comidas con agua. (23)

Podemos concluir que una dieta saludable es el resultado de la adecuada combinación de los alimentos, obteniendo una interacción beneficiosa entre los diferentes nutrientes y biocomponentes, esto sucede con Dieta mediterránea.

- Predominan los alimentos de origen vegetal: frutas, verduras, legumbres, cereales, AOVE y frutos secos.
- El aporte de productos animales es moderado e incluye: carnes blancas como (pollo, pavo, conejo), pescado, lácteos.
- Excepcionalmente se consumen carnes rojas (vacuno, toro, carne de caza) y productos industriales como bollería.

El beneficio más conocido sobre esta dieta respecto al riesgo cardiovascular es la disminución de los niveles de colesterol total, LDL y triglicéridos, siendo los principales causantes de la enfermedad aterosclerótica. (22)

Fuente: elaboración propia.

5.2.5.3. **Sesión 3:** importancia del ejercicio

Se comenzará la sesión resumiendo en qué consistirá, los puntos principales a tratar y las actividades a realizar.

Se realizará la presentación y explicación de los contenidos. Se entregarán hojas que incluirán ejercicios de calentamiento (ANEXO XXI), ejercicios de fuerza (ANEXO XXII), ejercicios en colchoneta (ANEXO XXIII) y una hoja para completar con el día, tipo de ejercicio realizado, duración y frecuencia cardiaca (FC) (ANEXO XXIV).

Preguntas y resolución de dudas.

Sesión de ejercicio donde se realizarán los ejercicios previstos en la hoja y de esta forma se podrán adecuar los diferentes ejercicios a cada paciente.

Tabla X: Sesión 3: importancia del ejercicio

Sesión 3: importancia del ejercicio

Junto con la dieta, el ejercicio es el segundo pilar fundamental para alcanzar un estilo de vida saludable y reducir los FRCV. Debe emprenderse siempre bajo indicación médica, tras la realización de las pruebas de control pertinentes (pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, electrocardiograma, analítica) y de manera gradual, ya que puede conllevar riesgo como arritmias, nuevos eventos cardiacos, hipotensión, etc. (23, 24)

Los beneficios de realizar ejercicio físico son muy amplios, entre ellos destacan:

- Mejora la circulación venosa y colateralización.
- Incrementa la perfusión miocárdica.
- Tiene efecto antitrombótico.
- Mejora la capacidad pulmonar.
- Reduce la progresión de lesiones coronarias.
- Ayuda a reducir el trabajo cardiaco en las actividades cotidianas y ante un mismo esfuerzo.
- Mejora la función endotelial.
- Previene del deterioro propio del envejecimiento y caídas, además de disminuir la pérdida de masa y fuerza muscular.
- Mejora la fuerza y resistencias musculares.
- Mejora la capacidad para pensar, estrés, ansiedad, depresión, autoconfianza y bienestar.
- Mejora la autoconfianza e independencia física. (6, 24, 25, 26)

Se recomiendan los ejercicios de tipo aeróbico, ya que demuestran mejorar el pronóstico y calidad de vida, junto con ejercicios de fuerza, adecuándolos a cada paciente y el daño que han sufrido.

El ejercicio físico debe complementarse con una vida activa evitando el sedentarismo en el trabajo, domicilio y realizando otras actividades de ocio. Los beneficios que ofrece realizar estos ejercicios van en aumento hasta las 8-12 semanas, pero en caso de interrupción sus efectos beneficiosos se perderán en 1-3 meses, por lo que es importante el compromiso de convertirlo en una práctica habitual en la vida diaria.

Es primordial calentar y enfriar los 5-10 minutos previos y posteriores al ejercicio con actividad física ligera.

- **EJERCICIOS AERÓBICOS**
 - Se recomienda realizar ejercicios aeróbicos rítmicos que movilicen grandes grupos musculares y cuya intensidad no

varíe demasiado: caminatas, natación, ciclismo, senderismo, etc.

- Al menos 3-5 días/semana, alcanzando un mínimo de 150 minutos/semana de ejercicio moderado, 75 minutos/semana de ejercicio más intenso o una mezcla de ambos. Depende de la situación clínica del paciente.
- Puede comenzarse con sesiones de 20 minutos e ir aumentándolas progresivamente hasta 60 minutos o más, incluso dividir el tiempo en tandas de 5-10 minutos e ir acortando los intervalos.
- Conforme pase el tiempo el paciente podrá aumentar la intensidad aguantando el mismo tiempo.

- **EJERCICIOS DE FUERZA**

- Se hará una tabla semanal con varios ejercicios que permitirán trabajar todos los grupos musculares principales.
- El peso o resistencia adecuado será el que se pueda hacer 10 repeticiones sin fallo o sin usar la maniobra de Valsalva. El último esfuerzo es duro, pero debe poder aguantarse 3 o 4 repeticiones más.
- Cada ejercicio se realiza en tandas de 10 y 2 o 4 repeticiones, pudiendo aumentar la intensidad conforme se reduzca el esfuerzo que supone realizarlo.
- Recomendable 2-3 días a la semana con un descanso de 48h entre cada sesión.
- Pueden utilizarse: mancuernas, bandas elásticas, peso libre o máquinas. (24)

A la hora realizar ejercicio físico deben tenerse en cuenta una serie de precauciones:

- Si aparece dolor precordial debe suspenderse o no comenzar los ejercicios.
- No realizar ejercicio con fiebre o malestar general.
- No superar la frecuencia cardíaca prescrita por el médico.
- Se desaconseja realizar ejercicio en ayunas, es preferible realizarlo 1h después de una ingesta ligera.
- No terminar los ejercicios de forma brusca, siempre de manera progresiva.
- El lugar donde se realiza el ejercicio debe estar bien acondicionado: temperatura, ventilación y humedad adecuados.
- Importante la reposición de líquidos al finalizar. (25)

Fuente: elaboración propia.

5.2.5.4. **Sesión 4:** importancia de la medicación

Se comenzará la sesión resumiendo en qué consistirá, los puntos principales a tratar y las actividades a realizar.

Se realizará la presentación y explicación de los contenidos.

Preguntas y resolución de dudas.

Revisión de la cumplimentación y realización de las hojas de seguimiento ejercicio y del menú. Se valorará la adaptación e implementación de los cambios y nuevos hábitos, cómo están siendo tolerados por los pacientes.

Tabla XI: Sesión 4 importancia de la medicación

Sesión 4: importancia de la medicación
<p>Es fundamental que el paciente que ha sufrido un IAM sea consciente de la importancia de la toma de medicación pautada, ya que junto con la dieta, ejercicio físico y abandono del hábito tabáquico constituye un papel fundamental ayudando a reducir los FRCV. (2, 26, 27)</p> <p>ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS Actúan sobre las plaquetas, impidiendo que se formen trombos y no permitan que la sangre llegue correctamente al corazón, que es la causa principal de IAM.</p> <ul style="list-style-type: none">• ASPIRINA (ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO)• CLOPIDOGREL, PRASUGREL, TICAGELLOR, TICLOPIDINA <p>Administración vía: ORAL. Posibles efectos secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumenta el riesgo de sangrado.• Favorecen la aparición de úlceras gastroduodenales. (27, 30, 32) <p>BETABLOQUEANTES Efecto anti-isquémico reduciendo la presión arterial, contractibilidad cardiaca y frecuencia cardiaca, antiarrítmicos. Mejoran la función cardiaca y el flujo de sangre de las arterias coronarias. Previenen de nuevos eventos isquémicos.</p> <ul style="list-style-type: none">• ATENOLOL• BISOPROLOL• CARVELIDOL• LABETALOL• TIMOLOL <p>Administración vía: ORAL. Posibles efectos secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sensación de mareo e inestabilidad (al inicio del tratamiento, reajuste de la dosis).• Sensación de cansancio o astenia (al inicio del tratamiento al realizar esfuerzo físico intenso).• Disfunción eréctil.• Frialdad de piernas y manos. (27, 28, 32) <p>IECA Son inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, esta enzima se une a unos receptores y hace que aumente la tensión arterial, cuando damos estos fármacos no dejamos que se produzca la enzima y por lo tanto disminuimos la tensión arterial. Además, reducen el remodelado ventricular que ocurre los días y semanas posteriores al evento agudo, disminuye el tono simpático y mejora la función ventricular, evitando arritmias ventriculares y auriculares.</p> <ul style="list-style-type: none">• ENALAPRIL

- LISNAPRIL
- CAPTOPRIL
- RAMIPRIL
- PERINDOPRIL

Administración vía: ORAL.

Posibles efectos secundarios:

- Tos seca.
- Sensación de mareo o debilidad. (27, 29, 32)

ARA II

Estos son bloqueadores de los receptores de la angiotensina, no permiten que esta se una a ellos y por lo tanto evitamos que aumente la tensión arterial.

Son los fármacos de elección cuando los IECA producen tos seca.

- TELMISARTÁN
- CANDESARTÁN
- VALSARTÁN

Administración vía: ORAL.

Posibles efectos secundarios:

- Sensación de mareo o debilidad. (27, 29, 32)

ESTATINAS

Son fármacos hipolipemiantes, disminuyen el colesterol y LDL evitando que se acumule en las arterias (aterosclerosis) y por lo tanto las obstrucciones, que son la causa principal del IAM.

- ATORVASTATINA
- SIMVASTATINA
- ROSUVASTATINA
- FLUVASTATINA
- PARAVASTATINA
- PITAVASTATINA

Administración vía: ORAL.

Posibles efectos secundarios:

- Raros casos producen alteración hepática.
- Pueden aparecer síntomas musculares, pero no es frecuente. (27, 31, 32)

NITRATOS

Actúan como vasodilatadores, relajan los vasos sanguíneos del corazón disminuyendo su carga de trabajo y demanda de oxígeno.

- NITROGLICERINA

Administración vía: SUBLINGUAL o PARCHES TRANSDÉRMICOS.

Vía sublingual se toma de manera puntual para tratar los síntomas en episodios de angina o dolor en el pecho.

Posibles efectos secundarios:

- Mareos.
- Hipotensión.
- Cefalea transitoria.
- Irritación local en la zona de colocación del parche. (27, 32)

No debe realizar ningún cambio en la medicación ni automedicarse, el médico debe estar informado en todo momento, ya que en caso contrario podrían aparecer interacciones y/o reacciones adversas no deseadas.

Se recomienda la utilización de pastilleros para no olvidar ninguna toma y en caso de producirse olvido saber a qué toma corresponde.

Fuente: elaboración propia.

5.2.5.5. **Sesión 5:** tabaco y alcohol

Se comenzará la sesión resumiendo en qué consistirá, los puntos principales a tratar y las actividades a realizar.

Se realizará la presentación y explicación de los contenidos.

Preguntas y resolución de dudas.

Asamblea para que los pacientes comenten entre ellos su situación y como se van adaptando a los cambios.

Tabla XII: Sesión 5: tabaco y alcohol

Sesión 5: tabaco y alcohol

TABACO

El abandono del hábito tabáquico es considerada la medida más efectiva dentro de las estrategias de prevención secundaria, ya que estudios demuestran la reducción de mortalidad en los años posteriores al evento cardiaco. Tiene un efecto protrombótico importante, favorece la formación de trombos.

Durante la fase aguda se abandona el hábito, pero una vez retomada la vida normal muchos pacientes vuelven a este hábito nocivo, con las graves consecuencias que esto conlleva. (26)

La cesión del consumo de tabaco reduce hasta en un 50% aproximadamente la mortalidad.

Los beneficios de los fármacos antihipertensivos e hipolipemiantes se ven reducidos de manera muy significativa en los pacientes que no dejan de fumar. (33)

La nicotina favorece el desarrollo de ECV actuando sobre:

- Sistema Nervioso Autónomo (SNA): liberando catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que aumentan la FC y contractibilidad del corazón, aumentando su trabajo y gasto cardiaco.
- Aumentan la agregación plaquetaria.
- Alteraciones lipídicas.
- Disfunción endotelial en la contracción y relajación del músculo.
- Disminución del umbral arritmógeno. (34)

El riesgo de reincidencia de infarto de miocardio puede aumentar desde un 5,6% hasta ocho veces más (pacientes que fuman más de 25 cigarrillos/día). (35)

Lo fundamental para el abandono del hábito tabáquico puede resumirse en los siguientes puntos:

- Fijar una fecha: dejarlo en los próximos 15 días.

- Enumerar los cigarrillos que fuma al día.
- Redactar una lista de motivos de abandono del tabaco.
- Deshacerse de las cajetillas, mecheros, ceniceros etc. de los lugares habituales como el domicilio, trabajo, coche.
- Reducir la dosis.
- Buscar apoyo social y familiar.
- Los síntomas como inquietud, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, falta de concentración, aumento del apetito, deseo imperioso de fumar... son pasajeros, aunque intensos.
- El día que se decida suprimir el consumo de tabaco será de manera total.
- Deben evitarse situaciones sociales que inciten al consumo. (36)

Si el paciente es un fumador pasivo se recomienda al familiar o familiares abandonar el hábito tabáquico, si no totalmente, en presencia del paciente ya que el riesgo de morbilidad y mortalidad aumenta en un 20-30%. (33)

ALCOHOL

El riesgo de sufrir muerte coronaria súbita es 7 veces superior cuando se consume alcohol de manera regular, así como el aumento de reingresos hospitalarios.

La ingesta excesiva de alcohol a largo plazo puede producir:

- Miocardiopatías dilatadas de origen tóxico.
- Favorece las arritmias ventriculares.
- Disfunción sistólica.
- Muerte coronaria súbita.

Por otro lado, el consumo de 150 ml semanales de alcohol se relaciona con factores cardioprotectores, pero en todo caso se desaconseja el hábito enólico. (11, 34)

Fuente: elaboración propia.

5.2.5.6. **Sesión 6:** técnicas de relajación

Se comenzará la sesión resumiendo en qué consistirá, los puntos principales a tratar y las actividades a realizar.

Se realizará la presentación y explicación de los contenidos de manera breve, ya que a continuación se realizará un taller de relajación poniendo en práctica las técnicas y explicándolas de manera profunda.

Realización del taller práctico.

Entrega de hoja con las pautas para realizar las técnicas de relajación (ANEXO XXV).

Preguntas y resolución de dudas.

Entrega, cumplimentación y recogida del cuestionario sobre conceptos básicos del IAM (ANEXO XVII) y evaluación final anónima (ANEXO XXVI).

Tabla XIII: Sesión 6: técnicas de relajación

Sesión 6: técnicas de relajación
<p>El estrés tiene consecuencias nefastas en pacientes que han sufrido un IAM, la intervención frente a este factor de riesgo puede reducir hasta en un 41% la probabilidad de episodios cardiovasculares recurrentes. (26)</p> <p>Las situaciones de estrés producen nerviosismo, irritabilidad y agitación, dando lugar a situaciones de hipertensión y taquicardia, aumentando el trabajo cardíaco. Provocan que las glándulas suprarrenales liberen glucocorticoides, más concretamente cortisol, produciendo deficiencia inmunológica, aumento del tiempo de cicatrización, fatiga corporal y agotamiento. (37)</p> <p>Por todos estos motivos es necesario conocer técnicas para el control y manejo del estrés, evitando el riesgo de padecer un nuevo evento cardíaco, mediante diferentes técnicas de relajación las cuales se exponen a continuación.</p> <p>TÉCNICAS DE RELAJACIÓN RESPIRATORIA</p> <p>Estas técnicas tienen múltiples beneficios como mejorar la capacidad funcional de los pulmones y regular el ritmo natural de la respiración. El objetivo es aprender a controlar voluntariamente la respiración y aplicarlo en situaciones donde esta se encuentre alterada, consiguiendo una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar.</p> <p>La respiración y espiración más fisiológicas es la nasal, durante la realización de las técnicas puede haber variaciones. Existen diferentes tipos de respiración:</p> <ul style="list-style-type: none">• Respiración costal:<ul style="list-style-type: none">- Patrón respiratorio más superficial y menos saludable.- El aire se concentra en la zona superior de la caja torácica y no llega a producirse una ventilación completa, disminuyendo la actividad de los músculos respiratorios.• Respiración diafragmática:<ul style="list-style-type: none">- Respiración fisiológicamente más adecuada.- Gran movilidad de costillas inferiores y parte superior del abdomen.- El diafragma participa activamente.- Se dirige el aire hacia la zona media del tórax, hacia los costados, para facilitar la movilidad de la musculatura intercostal y torácica.• Respiración abdominal:<ul style="list-style-type: none">- Tórax inmóvil y movilidad del abdomen.- Se trata de entrenar la respiración moviendo únicamente el abdomen, intentando que la musculatura torácica y clavicular permanezca inmóvil. <p>En todo momento la respiración debe adaptarse a las necesidades fisiológicas de cada paciente.</p> <p>Respiración profunda Reduce el nivel de activación general. Indicaciones:</p>

1. Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
2. Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.
3. Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
4. Mantener la respiración. Repetirse interiormente “mi cuerpo está relajado”.
5. Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.

Se recomiendan 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos y repetirlos de 10 a 15 veces al día, sobre todo en situaciones de estrés.

Respiración contada

Entrena la respiración diafragmática dirigiendo el aire a la parte inferior de las costillas.

Indicaciones:

- Cuando se inspira se recomienda pensar en una palabra como “calma” y al espirar en otra como “relax”.

Se recomienda hacerlo 10 veces seguidas y repetirlo unas 20 veces.

Recomendaciones durante la realización de las técnicas:

- Establecer un tipo de respiración diafragmática, que llene de aire la parte inferior, media y superior de los pulmones.
- El flujo de aire:
 - Durante la inspiración debe llenarse primero la parte inferior (abdominal) y posteriormente la zona costal media y costal superior.
 - La espiración se caracteriza por la expulsión del aire por el mismo orden que se ha inspirado.
- La secuencia más característica es la de inspiración-pausa-espiración-pausa.
- La respiración debe ser fluida, constante y no forzada.

TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON – RELAJACIÓN PROGRESIVA

Consiste en reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. La tensión y distensión de dieciséis músculos y la percepción de sensaciones corporales, induciendo un estado de relajación muy profundo.

En la tensión, la contracción del músculo debe notarse para poder discriminar mejor la relajación. En fase de distensión no debe realizarse ningún esfuerzo activo, debe permanecer pasivo notando el alargamiento muscular al soltar rápidamente toda la tensión.

1. Mano y antebrazo dominantes: apretar el puño dominante.
2. Brazo dominante: apretar el codo contra el brazo del sillón.
3. Mano y antebrazo no dominantes: apretar el puño no dominante.
4. Brazo no dominante: apretar el codo contra el brazo del sillón.
5. Frente: levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente.
6. Ojos y nariz: apretar los párpados y arrugar la nariz.
7. Boca: apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua.

8. Cuello y garganta: empujar la barbilla contra el pecho, pero hacer fuerza para que no lo toque.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda: arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre sí.
- 10.Región abdominal o estomacal: poner el estómago duro y tenso.
- 11.Muslo dominante: apretar el muslo contra el sillón.
- 12.Pantorrilla dominante: doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.
- 13.Pie dominante: doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo.
- 14.Muslo no dominante: apretar el muslo contra el sillón.
- 15.Pantorrilla no dominante: doblar los dedos del pie hacia arriba
- 16.Pie no dominante: doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo.

Indicaciones:

- Se debe procurar realizarla en el mismo orden todas las ocasiones, no importa si se comienza por las manos y se acaba por los pies, o viceversa.
- Si se olvida algún músculo se debe continuar con el siguiente.
- El tiempo de la tensión debe ser de aproximadamente 4 segundos y pasar inmediatamente a la relajación durante unos 15 segundos.
- La tensión no debe ser extremadamente fuerte, para evitar contracturas.
- Es recomendable focalizarse en el músculo que se está tensando y distendiendo en cada momento.

Tanto las técnicas de respiración como la relajación progresiva tienen efectos muy positivos en patologías de gran componente autonómico como son los problemas cardiovasculares. (38)

Fuente: elaboración propia.

5.2.3 CRONOGRAMA

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Recopilación de información							
Planificación							
Presentación a las enfermeras							
Publicidad y difusión							
Búsqueda de participantes							
Sesión 1							

“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”

Sesión 2							
Sesión 3							
Sesión 4							
Sesión 5							
Sesión 6							
Evaluación							

Fuente: elaboración propia.

5.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Se realizará una evaluación del Programa de Salud midiendo los resultados mediante indicadores directos e indirectos.

TABLA XIV: Indicadores directos e indirectos

INDICADORES DIRECTOS	INDICADORES INDIRECTOS
Encuesta y cuestionario realizados en la última sesión para observar los conocimientos adquiridos durante el Programa de Salud “Tu corazón está en tus manos”.	Toma de la TA y FC mensual en aquellos pacientes hipertensos no controlados y de forma rutinaria en aquellos que no lo son.
	Peso rutinario a los pacientes con normopeso y cada dos meses aproximadamente a los pacientes con sobrepeso u obesidad. Cálculo del índice de masa corporal (IMC).
	Seguimiento del cumplimiento dietético y actividad física en las consultas rutinarias.
	Control de los niveles de colesterol, LDL y triglicéridos mediante analítica sanguínea.
	Comprobar los futuros ingresos por afecciones cardiovasculares.

Fuente: elaboración propia.

6. CONCLUSIONES

- Las enfermedades cardiovasculares, y en concreto el infarto agudo de miocardio son la primera causa de muerte en España y tras un primer episodio, sin los cambios oportunos en el estilo de vida las posibilidades de que se produzca otro nuevamente, incrementa el daño cardiaco o cause la muerte, aumentan en gran porcentaje.
- La intervención enfermera respecto a la educación sanitaria y cambios de hábitos en el estilo de vida es clave, permitiendo identificar los factores de riesgo cardiovascular y aportando la información necesaria a los pacientes que la padecen, los cuales poseen gran desconocimiento sobre el tema.
- La reducción de factores de riesgo cardiovascular es el pilar fundamental para reducir en gran porcentaje las posibilidades de padecer un nuevo episodio cardiaco y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
- Por todo ello es necesaria la elaboración de un Programa de Salud que, mediante la educación sanitaria, enseñe a estos pacientes a conocer en profundidad su patología y los factores de riesgo cardiovascular, aportando herramientas que modifiquen su estilo de vida en aspectos importantes como son: la dieta (siendo conscientes de lo que es una alimentación saludable y la importancia de saber combinar los alimentos correctamente), ejercicio físico (conociendo las actividades más beneficiosas para su patología y en qué situaciones debe suspenderlo), adherencia al tratamiento farmacológico (acción en el organismo y posibles efectos secundarios), abandono de hábitos nocivos como el tabaco o el alcohol y técnicas de relajación que les permitirán controlar los momentos de estrés, perjudiciales para su patología.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Organización mundial de la salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 17 may. 2020 [citado: 9 ene. 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Coll Muñoz, Y., Valladares Carvajal, F.J., González Rodríguez, C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Rev. Finlay [Internet]. Jun. 2016 [citado: 18 ene. 2020]; 6(2): 170-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010&lng=es.
3. Grupo de Trabajo de la SEC para el consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio. Comentarios al consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio. Revista Española de Cardiología [Internet]. Ene. 2019 [citado: 18 ene. 2020]; 72(1): 10-15. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-comentarios-al-consenso-esc-2018-articulo-S0300893218306341>
4. Hernández García, S., Mustelier Orquendo, J.A., Rivas Estany, C.E. Fase hospitalaria de rehabilitación cardiaca. Protocolo para el síndrome coronario agudo. Sociedad Cubana de Cardiología. Dialnet [Internet]. Mar. 2014 [citado: 18 ene. 2020]; 6(1): 97-104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6575806>
5. Valle Muñoz, A. Rehabilitación cardiaca. Fundación española del corazón [Internet]. Sep. 2018 [citado: 18 ene. 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/rehabilitacion-cardiaca.html>
6. Burdiat, G. Rehabilitación cardiaca después de un síndrome coronario agudo. Rev. Urug. Cardiol. [Internet]. 2014 [citado: 18 ene. 2020] 29: 153-163. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v29n1/v29n1a19.pdf>
7. Araya Gómez, V., Trejos Montoya, A. Rehabilitación cardiaca. Rev. Costarricense de Cardiología [Internet]. 2014 [citado: 18 ene. 2020] 16(2): 3. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422014000200003
8. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte Año 2018 [Internet]. 19 dic. 2019 [citado 19 ene. 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf
9. Quiles, J., Millares-Vicedo, B. Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Revista Española de Cardiología [Internet]. Oct. 2014 [citado: 19 ene. 2020] 67(10): 844-848. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-estrategias-prevencion-secundaria-del-sindrome-articulo-S0300893214003121>
10. Sociedad Española de Cardiología. La enfermedad cardiovascular encabeza la mortalidad en España [Internet]. 19 abr. 2016 [citado: 19 ene.

2020]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/7266-la-enfermedad-cardiovascular-encabeza-la-mortalidad-en-espana>

11. Clemente López, F.J., Rodríguez Móndejar, J.J., Rodríguez Gómez, J.A. Factores que favorecen el reingreso en intensivos de pacientes con síndrome coronario agudo. Enfermería Global [Internet]. Oct. 2018 [citado: 19 ene. 2020] 52: 36-48. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/1695-6141-eg-17-52-36.pdf>

12. Defunciones según la Causa de Muerte 2018. Tasas de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 18 feb. 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/l0/&file=01004.px>

13. Defunciones según la Causa de Muerte 2018. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y provincia de residencia. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 18 feb. 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/l0/&file=03001.px>

14. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2017. Altas hospitalarias según el sexo, el diagnóstico principal, la provincia, Comunidad y Ciudad autónoma de hospitalización. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 18 feb. 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=14286>

15. Encuesta Nacional de Salud. España 2017 [Internet]. Jun. 2018 [citado 18 feb. 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

16. Nivel de actividad física según sexo. Población de 15 a 69 años. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. 2017 [citado 19 feb. 2020]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

17. Sedentarismo en tiempo de ocio según sexo. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. 2017 [citado 19 feb. 2020]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

18. Consumo de tabaco según sexo. Población de 15 años y más. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. 2017 [citado 19 feb. 2020]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

19. Consumo de bebidas alcohólicas según sexo. Población de 15 y más años. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. 2017 [citado 19 feb. 2020]. Disponible en:

<https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

20. Índice de masa corporal población adulta según sexo. Población de 18 y más años. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. 2017 [citado 19 feb. 2020]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

21. Dieta para la enfermedad coronaria – infarto y angina de pecho. Fundación Española del Corazón [Internet]. 2018 [citado: 30 mar. 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/1244-dieta-para-la-enfermedad-coronaria.html>

22. Martínez Álvarez, J.R., Villarino Marín, A. Dieta mediterránea. Avances en Alimentación, Nutrición y Dietética. Sociedad Española de dietética y ciencias de la alimentación [Internet]. 2014 [citado: 30 mar. 2020] 49-63. Disponible en: <https://nutricion.org/wp-content/uploads/2019/04/Dieta-Mediterranea-Avances-2014.pdf>

23. El Plato para Comer Saludable. The Nutrition Source. Harvard T.H. CHAN. School of Public Health [Internet]. [citado: 30 mar. 2020] Disponible en: https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish_spain/

24. Madaria Marijuan, Z. Ejercicio físico en patología cardiaca. Fundación Española del Corazón [Internet]. 2018 [citado: 30 mar. 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/ejercicio/ejercicio-fisico/3175-cardiopatia-isquemica.html>

25. Fernández Luque, F., Mora Robles, J., Cantador Hornero, M., Soto Sánchez, J. Guía de ejercicios para pacientes con enfermedad cardiovascular. Servicio Andaluz de Salud; Hospital de Málaga [Internet]. 2014 [citado: 30 mar. 2020]. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=fQxdjjj67AU%3D&tabid=887>

26. Vilches Izquierdo, E., Ramos Marreo, L., Ochoa Montes, A. Tratamiento a largo plazo del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: actualización. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2014 [citado: 31 mar. 2020] ; 33(3): 322-333. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000300008&lng=es.

27. Jubany L., Kuster F. Betabloqueantes e inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona en el síndrome coronario agudo. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2014 [citado: 31 mar. 2020] ; 29(1): 100-109. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000100014&lng=es.

28. Betabloqueantes. Fundación española del corazón [Internet]. Sep. 2018 [citado: 1 abr. 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/betabloqueantes.html>
29. IECA, ARAII. Fundación española del corazón [Internet]. Sep. 2018 [citado: 1 abr. 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/ieca-y-ara-ii.html>
30. Valle Muñoz, A. Antiagregantes plaquetarios. Fundación española del corazón [Internet]. Sep. 2018 [citado: 1 abr. 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/antiagregantes.html>
31. Valle Muñoz, A. Estatinas. Fundación española del corazón [Internet]. Sep. 2018 [citado: 1 abr. 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/estatinas.html>
32. Vademecum [Internet]. [citado: 1 abr. 2020]. Disponible en: https://www.vademecum.es/medicamentos-a_1
33. Fernandez R., M. Tabaquismo e Infarto agudo al Miocardio. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2017 [citado: 1 abr. 2020]; 33: 230-231. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300230
34. Vilches Izquierdo E., Ochoa Montes L.A., Pernas Sánchez Y., González Lugo M., Ramos Marrero L., Tamayo Vicente N.D. et al . Tabaquismo, consumo de alcohol y de café en el espectro de los factores de riesgo para la muerte cardíaca súbita. Rev cubana med [Internet]. Sep. 2014 [citado: 1 abr. 2020] ; 53(3): 325-336. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000300009&lng=es.
35. Campollo-Rivas O, Torres-Delgado OP, Becerra-García M. Tratamiento de tabaquismo intenso después de un infarto agudo de miocardio. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. Ago. 2017 [citado: 1 abr. 2020] ; 33(4): 533-539. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000400533&lng=es.
36. Dalmau González-Gallarza, R. Tabaco y tabaquismo. Fundación Española del Corazón [Internet]. 2018 [citado: 1 abr. 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html>
37. Aguilar Cordero M. J., Sánchez López A. M., Mur Villar N., García García I., Rodríguez López M. A., Ortegón Piñero A. et al . Cortisol salival como indicador de estrés fisiológico en niños y adultos: revisión sistemática. Nutr.

Hosp. [Internet]. May. 2014 [citado: 2 abr. 2020]; 29(5): 960-968.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000500002

38. Ruiz García, M.I., Ruiz Fernández, M.A., Villalobos Crespo, A. La desensibilización sistémica y técnicas de relajación. Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales. Biblioteca de Psicología. Ed. Madrid. Desclée; 2017 [citado: 2 abr. 2020] 237-276.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS	Pág.
ANEXO I: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV)	36
ANEXO II: TIPOS DE IAM	37
ANEXO III: FASES DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA	39
ANEXO IV: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	40
ANEXO V: DIAGRAMA DE FLUJO	45
ANEXO VI: DIAGRAMA DE GANTT	46
ANEXO VII: CARTEL DEL PROGRAMA	47
ANEXO VIII: TRÍPTICO DEL PROGRAMA	48
ANEXO IX: ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN	49
ANEXO X: SEDENTARISMO EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN	50
ANEXO XI: TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN	51
ANEXO XII: CONSUMO ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN	52
ANEXO XIII: SOBREPESO EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN	53
ANEXO XIV: RECURSOS UTILIZADOS Y COSTE	55
ANEXO XV: HOJA DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE SALUD	56
ANEXO XVI: VERSIÓN REDUCIDA DEL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE DE MINNESOTA (VERM)	57
ANEXO XVII: CUESTIONARIO CONCEPTOS BÁSICOS DEL IAM	58
ANEXO XVIII: MENÚ EN BLANCO PARA CUMPLIMENTACIÓN	60
ANEXO XIX: PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN CARDIOSALUDABLE	61
ANEXO XX: PLATO DE HARVARD	62
ANEXO XXI: EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO	63
ANEXO XXII: EJERCICIOS DE FUERZA	67
ANEXO XXIII: EJERCICIOS EN COLCHONETA	68
ANEXO XXIV: HOJA DE EJERCICIO SEMANAL REALIZADO	69
ANEXO XXV: PAUTAS PARA LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	70
ANEXO XXVI: HOJA DE EVALUACIÓN FINAL DEL PROGRAMA	72

8. ANEXOS

ANEXO I: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV)

Los FRCV pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- FRCV modificables, tales como la hiperlipidemia, hipertensión arterial (HTA), diabetes, hábitos alimentarios inadecuados, obesidad, vida sedentaria, tabaquismo y consumo de alcohol.
- FRCV no modificables, en los que se encuentran la edad avanzada, el sexo (masculino) y la raza (negra), incrementan el riesgo de padecer un IAM.

Fuente:

OMS: Organización mundial de la salud. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010&lng=es.

ANEXO II: TIPOS DE IAM

Podemos clasificar los infartos de miocardio en diferentes tipos según su causa fisiológica (tipo 1, 2 y 3) o iatrogénica (4 y 5).

De causa fisiológica encontramos:

- El infarto de miocardio tipo 1 es una relación causal con enfermedad coronaria aterotrombótica a causa de la desintegración de una placa de ateroma que provoca un trombo, oclusión de vasos sanguíneos, isquemia y daño miocárdico.
- Por otro lado, el infarto de miocardio tipo 2 implica mecanismos que desencadenan un desequilibrio entre la demanda de O₂ por parte del miocardio y su suministro por disminución del flujo miocárdico, provocando una isquemia. Peor pronóstico que el infarto de miocardio tipo 1 y mayor mortalidad.
- Finalmente, el infarto de miocardio tipo 3 ocurre en pacientes con clínica y cambios electrocardiográficos que indican isquemia miocárdica que fallecen antes de realizar una determinación de biomarcadores cardiacos.

Estos tres tipos de infartos se caracterizan por un valor de troponina cardiaca T por encima del percentil 99 de la población normal de referencia, es decir se encuentran en el límite superior de referencia y al menos una de las siguientes condiciones: síntomas de isquemia miocárdica, cambios isquémicos nuevos en el ECG, aparición de ondas Q patológicas, evidencia por imágenes pérdida de miocardio o anomalías regionales de la motilidad de la pared siguiendo un patrón compatible con una etiología isquémica.

De causa iatrogénica encontramos:

- Infarto de miocardio tipo 4:
 - 4a. Causa de una intervención coronaria percutánea.
 - 4b. Trombosis de un stent.
 - 4c. Reestenosis o lesión compleja.
- Infarto de miocardio tipo 5, asociado a una cirugía de revascularización miocárdica.

Ambos son infartos de miocardio relacionados con los procedimientos coronarios.

Tras un infarto agudo de miocardio podemos encontrarnos con una reagudización de la enfermedad, dando lugar a un infarto agudo de miocardio recurrente el cual ocurre tras los primeros 28 días del primer evento o un reinfarcto que se produce dentro de los primeros 28 días y se acompaña de cambios en el ECG y elevación de la troponina cardiaca T.

Por otro lado, existe el infarto de miocardio previo o silente/no diagnosticado presenta ondas Q patológicas con o sin síntomas, pero no existe causa isquémica, evidencia por imagen de pérdida del miocardio viable con patrón

“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”

similar a una etiología isquémica o hallazgos anatomopatológicos de IAM previo.

Fuente: Revista Española de Cardiología. Disponible en:
[azhttps://www.revespcardiol.org/es-comentarios-al-consenso-esc-2018-articulo-S0300893218306341](https://www.revespcardiol.org/es-comentarios-al-consenso-esc-2018-articulo-S0300893218306341)

ANEXO III: FASES DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA

La rehabilitación cardiaca consta de tres fases:

- Fase I u hospitalaria: una vez estabilizado el paciente hasta el alta hospitalaria, puede variar entre tres días y una semana. El objetivo es que el paciente lleve a cabo tareas simples de autocuidado personal y movilización en el domicilio, incluye movilización pasiva, sentarse en el borde de la cama, ejercicios de pies y piernas y comienzo de la deambulación, aumentando poco a poco las actividades que puede realizar de manera autónoma. También identifica los FRCV y trata de crear una actitud positiva que motive al paciente a adquirir un compromiso con su salud. Se pretende reducir el riesgo de un segundo evento coronario y los trastornos psicológicos y emocionales.
- Fase II o extrahospitalaria temprana: programa intensivo en el control de FRCV y ejercicio monitorizado, con una duración aproximada de 12-24 semanas. Llevado a cabo en las primeras semanas o meses de manera ambulatoria. Atendido por un equipo multidisciplinar (cardiólogo, enfermero, fisioterapeuta, médico rehabilitador y psicólogo). Mejora la función cardiovascular, capacidad de trabajo físico y la resistencia muscular y flexibilidad. Se instauran las medidas de prevención secundaria que incluyen cambio en el estilo de vida, ajuste nutricional y de la mediación.
- Fase III, extrahospitalaria tardía o de mantenimiento: adherencia a las recomendaciones médicas mediante la implicación de los pacientes en su enfermedad y refuerzos positivos. Consiste en realización de programas de ejercicio para mejorar y mantener su forma física (cinco a siete días de ejercicio físico semanal) junto a sesiones de recordatorio de vida saludable adquiridos en la fase II. Su duración es indefinida, para el resto de la vida del paciente.

Fuente:

Fundación española del corazón. Disponible en:
<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/rehabilitacion-cardiaca.html>

Revista Uruguay de Cardiología. Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v29n1/v29n1a19.pdf>

Revista Costarricense de Cardiología. Disponible en:
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422014000200003

ANEXO IV: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Autor	Título	Fecha de publicación	Tipo de artículo	Resumen
Coll Muñoz, Y. Valladares Carvajal, F.J. González Rodríguez, C.	Actualización de la Guía de Práctica Clínica	2016	Guía de práctica clínica	Guía que se refiere a los pacientes que presentan síntomas isquémicos o equivalentes, alteraciones electrocardiográficas compatibles con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio.
Grupo de Trabajo de la SEC para el consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio	Comentarios al consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio	2019	Documento de consenso	Permite entender claramente la diferencia entre infarto de miocardio, daño miocárdico y los diferentes tipos de infarto de miocardio. Diferencia también entre el infarto de miocardio y los daños miocárdicos producidos tras procedimientos cardiacos y no cardiacos, considerando nuevos aspectos en el análisis del electrocardiograma.
Hernández García, S. Mustelier Orquendo, J.A. Rivas Estany, C.E.	Fase hospitalaria de rehabilitación cardiaca. Protocolo para el síndrome coronario agudo	2014	Revisión bibliográfica	La rehabilitación cardiaca favorece la recuperación más rápida de la cirugía, disminuye las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria. Se establecen aspectos educativos,

“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”

				informativos, tablas de ejercicio físico, enseñanza en técnicas y ejercicios respiratorios.
Burdiat, G.	Rehabilitación cardiaca después de un síndrome coronario agudo	2014	Revisión bibliográfica	La rehabilitación cardiaca disminuye la morbimortalidad y disminuye la calidad de vida, este artículo trata aspectos como efectos cardiovasculares del ejercicio físico, seguridad y eficacia de la rehabilitación, fases de un programa de rehabilitación cardiovascular, reintegración a la actividad habitual normal y expectativas de la rehabilitación cardiovascular.
Araya Gómez, V. Trejos Montoya, A.	Rehabilitación cardiaca	2014	Comentario editorial	Las enfermedades cardiovasculares son las que generan más muertes en el mundo, la rehabilitación cardiaca es una herramienta fundamental para el control y tratamiento de este tipo de enfermedades. Estos programas muestran múltiples beneficios disminuyendo la discapacidad funcional y la mortalidad. Cada fase de rehabilitación presenta una serie de

“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”

				objetivos que se desarrollan en el artículo.
Clemente López, F.J. Rodríguez Móndejar, J.J. Rodríguez Gómez, J.A.	Factores que favorecen el reingreso en intensivos de pacientes con síndrome coronario agudo	2018	Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo y longitudinal	Se identifican las causas y factores predisponentes que provocan que un 7% de los pacientes que ingresan en unidades de cuidados intensivos por síndrome coronario agudo reingresan un tiempo después.
Fernández Luque, F. Mora Robles, J. Cantador Hornero, M. Soto Sánchez, J.	Guía de ejercicios para pacientes con enfermedad cardiovascular	2014	Guía de práctica clínica	Guía de ejercicios para pacientes que han sufrido un evento cardiovascular isquémico, incluyendo calentamiento, ejercicios de fuerza y ejercicios en colchoneta.
Vilches Izquierdo, E. Ramos Marreo, L. Ochoa Montes, A.	Tratamiento a largo plazo del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: actualización	2014	Revisión bibliográfica	El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST presenta una gran mortalidad y se hace énfasis en la fase aguda del evento a pesar de que en fases posteriores aumenta la mortalidad, por lo tanto, se analiza la conducta a tener en cuenta para el correcto seguimiento de los pacientes.
Jubany L. Kuster F.	Betabloqueantes e inhibidores del sistema renina-angiotensina-	2014	Revisión bibliográfica	Los betabloqueantes, IECA y ARA II son fármacos esenciales en el manejo del

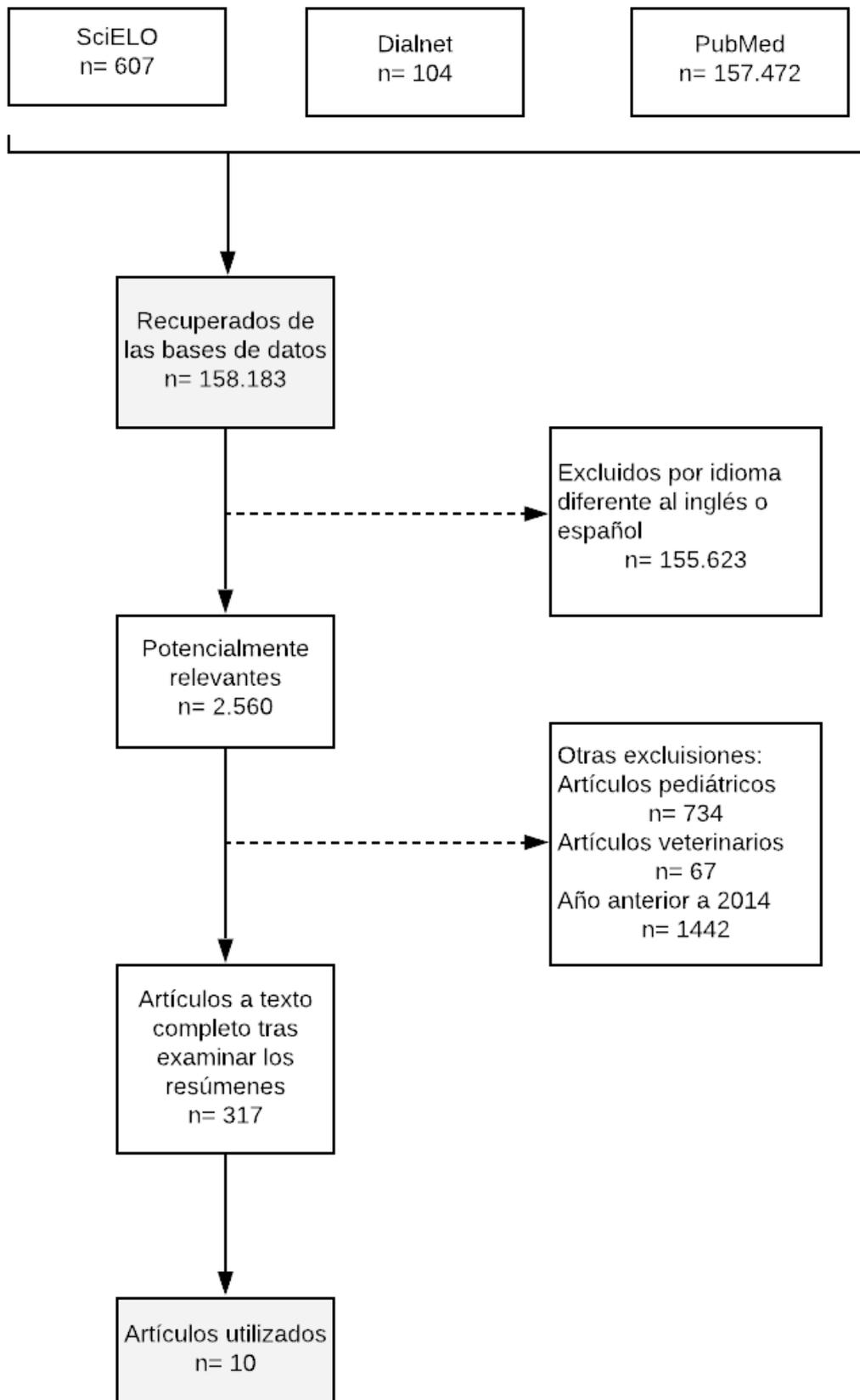
“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”

	aldosterona en el síndrome coronario agudo			síndrome coronario agudo, proporcionando un efecto beneficioso en la supervivencia junto con otros grupos de fármacos como antiagregantes o estatinas, reduciendo la mortalidad temprana y tardía.
Fernandez R., M.	Tabaquismo e Infarto agudo al Miocardio	2017	Revisión bibliográfica	La medida más importante para prevenir nuevos eventos coronarios en un paciente fumador es el abandono del hábito tabáquico, la fase aguda es un buen momento para comenzar el abandono, tratando de mantenerlo tras el alta hospitalaria.
Vilches Izquierdo E. Ochoa Montes L.A. Pernas Sánchez Y. González Lugo M. Ramos Marrero L. Tamayo Vicente N.D. et al .	Tabaquismo, consumo de alcohol y de café en el espectro de los factores de riesgo para la muerte cardíaca súbita	2014	Estudio observacional, analítico, de casos y controles no pareados	Describe la forma en que el tabaquismo, consumo de alcohol y café son factores de riesgo en los fallecidos por muerte cardíaca súbita, siendo el tabaco y el alcohol los principales causantes.
Campollo-Rivas O Torres-Delgado O.P. Becerra-García M.	Tratamiento de tabaquismo intenso después de un infarto agudo de miocardio	2017	Caso clínico	Paciente de 51 años de edad con tabaquismo excesivo (80 cigarrillos al día) y antecedente de accidente vascular cerebral que padeció

				un infarto agudo de miocardio sometido a cateterismo cardiaco con colocación de <i>stent</i> , que posteriormente ingresó a un programa de tratamiento de tabaquismo.
Aguilar Cordero M. J. Sánchez López A. M. Mur Villar N. García García I. Rodríguez López M. A. Ortegón Piñero A. et al .	Cortisol salival como indicador de estrés fisiológico en niños y adultos: revisión sistemática	2014	Revisión bibliográfica	El cortisol salival es una hormona esteroidea segregada por las glándulas suprarrenales cuando las personas se estresan y se puede producir una reducción de la función inmunológica, afectando a la cicatrización y por lo tanto mayor tiempo de recuperación, aumento de la presión arterial y frecuencia cardiaca.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO VI: DIAGRAMA DE FLUJO



Fuente: elaboración propia.

Autora: Alejandra Domínguez Lacarte

ANEXO VII: CARTEL DEL PROGRAMA



**TU CORAZÓN
ESTÁ EN TUS
MANOS**

APÚNTATE

Llame al **974 21 20 20** o pida información en su consulta de enfermería

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA PERSONAS
QUE HAN SUFRIDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

Sesiones informativas	6 de MAYO
Talleres prácticos	Sala de reuniones (1ª planta)
Programa de ejercicios	Centro de Salud PIRINEOS

Fuente: elaboración propia.

ANEXO VIII: TRÍPTICO DEL PROGRAMA

	Actividad física diaria	<p>CONTACTO</p> <p> 974 21 20 20</p> <p> Sala de reuniones (1a planta) Centro de Salud Pirineos Calle Felipe Coscolla, 9. 22004 Huesca</p> <p> 6 de MAYO</p>	<p></p> <p>TU CORAZÓN ESTÁ EN TUS MANOS</p>
Dieta equilibrada y saludable			
	Importancia de la medicación		
Abandono de hábitos nocivos			
	Control del estrés y técnicas de relajación		

<p>¿QUÉ ES UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?</p> <p>Se encuentra dentro de las denominadas enfermedades cardiovasculares (ECV) y es un fenómeno agudo que se debe principalmente a obstrucciones de los vasos sanguíneos que irrigan al corazón, impidiendo que la sangre fluya correctamente hacia este.</p>		<p>SESIONES</p>
<p>¿CUÁL ES EL SÍNTOMA PRINCIPAL DE UN IAM?</p> <p>Dolor precordial difuso y aplastante, de inicio repentino, duración mayor a 20 minutos, puede irradiarse a <u>mandíbula, cuello, brazo izquierdo y espalda</u>, no se alivia con vasodilatadores, ni se modifica con la postura y puede aparecer durante el ejercicio o en reposo.</p>		<p>FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiperlipidemia Hipertensión arterial (HTA) Diabetes Alimentación inadecuada Sedentarismo Obesidad

Fuente: elaboración propia.

ANEXO IX: ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN

	Miles de personas	Porcentaje
	Aragón	Aragón
AMBOS SEXOS		
Total	903,2	100,0
Nivel alto	98,7	10,9
Nivel moderado	403,2	44,7
Nivel bajo	400,2	44,4
No consta	1,1	..
HOMBRES		
Total	456,4	100,0
Nivel alto	67,0	14,7
Nivel moderado	199,1	43,6
Nivel bajo	190,3	41,7
No consta	0,0	..
MUJERES		
Total	446,8	100,0
Nivel alto	31,7	7,1
Nivel moderado	204,1	45,8
Nivel bajo	210,0	47,1
No consta	1,1	..

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

ANEXO X: SEDENTARISMO EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN

	Miles de personas				Porcentaje			
	Aragón				Aragón			
	Total	Sí	No	No consta	Total	Sí	No	No consta
AMBOS SEXOS	1.294,2	481,0	807,8	5,4	100,0	37,3	62,7	..
HOMBRES	640,9	210,0	429,5	1,4	100,0	32,8	67,2	..
MUJERES	653,3	270,9	378,4	4,0	100,0	41,7	58,3	..

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

ANEXO XI: TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN

	Miles de personas	Porcentaje
	Aragón	Aragón
AMBOS SEXOS		
Total	1.106,5	100,0
Fumador diario	266,1	24,1
Fumador ocasional	22,9	2,1
Exfumador	290,7	26,4
Nunca ha fumado	523,4	47,4
No consta	3,4	..
HOMBRES		
Total	544,1	100,0
Fumador diario	145,1	26,8
Fumador ocasional	12,1	2,2
Exfumador	169,1	31,2
Nunca ha fumado	215,5	39,8
No consta	2,3	..
MUJERES		
Total	562,3	100,0
Fumador diario	121,0	21,6
Fumador ocasional	10,8	1,9
Exfumador	121,6	21,7
Nunca ha fumado	307,8	54,8
No consta	1,1	..

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

ANEXO XII: CONSUMO ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN

	Miles de personas	Porcentaje
	Aragón	Aragón
AMBOS SEXOS		
Total	1.106,5	100,0
Diario	209,1	19,0
Semanal (pero no diario)	265,5	24,1
Mensual (pero menos de una vez a la semana)	148,1	13,4
Menos de una vez al mes	153,3	13,9
No en el último año	194,0	17,6
Nunca	133,0	12,0
No consta	3,4	..
HOMBRES		
Total	544,1	100,0
Diario	157,0	29,0
Semanal (pero no diario)	146,3	27,0
Mensual (pero menos de una vez a la semana)	72,3	13,3
Menos de una vez al mes	60,9	11,2
No en el último año	67,2	12,4
Nunca	38,1	7,0
No consta	2,3	..
MUJERES		
Total	562,3	100,0
Diario	52,0	9,3
Semanal (pero no diario)	119,2	21,2
Mensual (pero menos de una vez a la semana)	75,9	13,5
Menos de una vez al mes	92,4	16,5
No en el último año	126,8	22,6
Nunca	94,9	16,9
No consta	1,1	..

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

ANEXO XIII: SOBREPESO EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN

	Miles de personas		Porcentaje	
	Aragón	España	Aragón	España
AMBOS SEXOS				
Sobrepeso (25 kg/m ² ≤ IMC < 30 kg/m ²)	377,5	13.413,9	36,8	37,1
Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²)	161,4	6.308,2	15,7	17,4
HOMBRES				
Sobrepeso (25 kg/m ² ≤ IMC < 30 kg/m ²)	227,6	7.893,3	44,6	44,3
Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²)	88,3	3.232,4	17,3	18,2
MUJERES				
Sobrepeso (25 kg/m ² ≤ IMC < 30 kg/m ²)	149,8	5.520,6	29,1	30,0
Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²)	73,1	3.075,8	14,2	16,7

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/04/02/03&file=pcaxis>

ANEXO XIV: RECURSOS UTILIZADOS Y COSTE

Cantidad	Material	Precio unidad	Total
25	Cartel informativo DIN A2	1,64 €	41,24 €
250	Tríptico informativo del programa DIN A5	0,16 €	39,34 €
50	Hoja de inscripción	0,02 €	1 €
50	Cuestionario	0,02 €	1 €
600	Fotocopia de los documentos a entregar	0,02 €	12 €
50	Hoja de evaluación	0,02 €	1 €
18*	Trabajo de enfermería	25 €/h	450 €
50	Bolígrafo	0,16 €	8 €
100	Folio	0,01 €	1 €
30	Carpeta	1,44€	43,1€
1	Sala	Aportada por el centro	---
16	Sillas	Aportada por el centro	---
1	Ordenador	Aportada por el centro	---
1	Proyector	Aportada por el centro	---
1	Pantalla blanca	Aportada por el centro	---
1	Láser	Aportada por el centro	---
Total del programa			597,68 €

“PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”

*12h invertidas en la elaboración del Programa de Salud + 6h invertidas en impartición de las sesiones a los pacientes.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO XV: HOJA DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE SALUD

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE SALUD
"TU CORAZÓN ESTÁ EN TUS MANOS"

Fecha de nacimiento: / /	Edad: años
Apellidos:	
Nombre:	
Teléfono de contacto:	
Dirección:	
Municipio:	Provincia:
C.P.:	
En Huesca, a de de 2020	Firma del participante:

Fuente: elaboración propia.

ANEXO XVI: VERSIÓN REDUCIDA DEL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE DE MINNESOTA (VERM)

Versión Reducida en Español del cuestionario de actividad física en el tiempo libre de Minnesota (VREM)

Sexo: _____ Edad: _____

- ¿Qué actividad física ha hecho durante su tiempo libre en el **ÚLTIMO MES O MES HABITUAL**?

1.- **Caminar.** Días/mes _____ Minutos/día _____ Meses/año _____

2.- **Trabajar en el huerto.** Días/mes _____ Minutos/día _____ Meses/año _____

3.- **Hacer deporte o bailar.** ¿Qué tipo de deporte o baile?

Tipo de deporte/baile: _____ Días/mes _____ Minutos/día _____ Meses/año _____

Tipo de deporte/baile: _____ Días/mes _____ Minutos/día _____ Meses/año _____

Tipo de deporte/baile: _____ Días/mes _____ Minutos/día _____ Meses/año _____

4.- **Subir escaleras.** Días/mes _____ Pisos/día _____

- En **UNA SEMANA O SEMANA HABITUAL**:

5.- ¿Cuánto tiempo dedica a **ir a comprar a PIE**? Minutos/semana _____

6.- ¿Cuánto tiempo dedica a **LIMPIAR la casa**? Minutos/semana _____

Fuente: Ruiz Comellas Anna, Pera Guillem, Baena Díez José Miguel, Mundet Tudurí Xavier, Alzamora Sas Teresa, Elosua Roberto et al . Validación de una versión reducida en español del cuestionario de actividad física en el tiempo libre de Minnesota (VREM). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2012 Oct [citado 2020 Mar 30] ; 86(5): 495-508. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000500004&lng=es.

ANEXO XVII: CUESTIONARIO CONCEPTOS BASICOS DEL IAM

<p align="center">CUESTIONARIO: CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)</p>
--

Nombre y apellidos: Fecha:

1. La causa principal del infarto agudo de miocardio (IAM) es...
 - a. No tiene causa, se produce de manera fortuita.
 - b. La hipertensión arterial (HTA).
 - c. La aterosclerosis.
 - d. Realizar un gran esfuerzo.
 - e. NS/NC.

2. ¿Cuál de los siguientes NO es considerado un factor de riesgo cardiovascular (FRCV)?
 - a. Vida sedentaria.
 - b. Hábitos alimentarios inadecuados.
 - c. Tabaquismo.
 - d. Todos los anteriores son FRCV.
 - e. NS/NC.

3. ¿Cuál de estos síntomas NO se corresponde con las manifestaciones de un IAM?
 - a. Dolor precordial opresivo que puede irradiarse a mandíbula, cuello, espalda, brazo izquierdo.
 - b. Náuseas y vómitos.
 - c. El dolor aumenta con el ejercicio y disminuye con el reposo.
 - d. El dolor no se alivia con vasodilatadores (VD) como la nitroglicerina (NTG).
 - e. NS/NC.

4. Respecto a la dieta, tras sufrir un IAM, señale la opción CORRECTA:
 - a. No debo modificarla ya que no es importante.
 - b. Debo hacer una dieta estricta restringiendo numerosos alimentos.
 - c. La dieta mediterránea es una opción adecuada.
 - d. Puede comerse de todo menos grasas.
 - e. NS/NC.

5. Indique la opción CORRECTA respecto a la realización de ejercicio después de sufrir un IAM:
 - a. Es importante que se realice inmediatamente después del alta.
 - b. Debe iniciarse tras la realización de las pruebas médicas pertinentes e indicación médica.
 - c. No es recomendable, puede suponer un riesgo.
 - d. Los ejercicios de fuerza están contraindicados.
 - e. NS/NC.

6. ¿En qué situación está CONTRAINDICADA la realización de actividad física?
 - a. Frecuencia cardiaca (FC) elevada.
 - b. Inicio de dolor precordial.
 - c. Fiebre.
 - d. En todas estas situaciones está contraindicada.
 - e. NS/NC.

7. ¿Conoce la medicación actual que toma, cómo actúa y los posibles efectos secundarios?
 - a. Conozco el nombre.
 - b. Conozco solamente “para qué es”.
 - c. Conozco el nombre y cómo actúa.
 - d. Conozco el nombre, cómo actúa y los posibles efectos secundarios.
 - e. No conozco nada sobre mi medicación.

8. Señale la opción INCORRECTA respecto al hábito tabáquico:
 - a. Puede reducir los efectos de la medicación.
 - b. Es la medida más efectiva en la prevención de nuevos eventos cardiacos.
 - c. El tabaco no es beneficioso, pero tampoco es perjudicial a nivel cardiovascular.
 - d. La mortalidad aumenta en los fumadores pasivos.
 - e. NS/NC.

9. Referente al consumo de alcohol, podemos afirmar que...
 - a. El consumo habitual de alcohol es cardioprotector.
 - b. Bajo ningún concepto, ni en ninguna circunstancia debe consumirse.
 - c. No está relacionado con las enfermedades cardiovasculares (ECV).
 - d. Es un factor de riesgo importante en la muerte súbita coronaria.
 - e. NS/NC.

10. Las situaciones estresantes pueden tener graves consecuencias en pacientes que han sufrido un IAM, existen diferentes técnicas de relajación, respecto a estas:
 - a. No sé que son las técnicas de relajación.
 - b. He oído hablar sobre las técnicas de relajación, pero no conozco ninguna.
 - c. He oído hablar sobre las técnicas de relajación y conozco alguna.
 - d. Conozco varias técnicas de relajación.
 - e. Conozco las técnicas de relajación y por qué son beneficiosas para mi patología.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO XVIII: MENÚ EN BLANCO PARA CUMPLIMENTACIÓN

MENÚ SEMANAL

Nombre y apellidos:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO							
ALMUERZO							
COMIDA							
MERIENDA							
CENA							

Fuente: elaboración propia.

ANEXO XIX: PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN CARDIOSALUDABLE



Fuente: Fundación Española del Corazón [Internet]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/nutricion/piramide-de-alimentacion.html>

ANEXO XX: PLATO DE HARVARD

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

ACEITES SALUDABLES

Use aceites saludables (como aceite de oliva y colza) para cocinar, en ensaladas, y en la mesa. Limite la mantequilla. Evite las grasas trans.

AGUA

Beba agua, té, o café (con poco o nada de azúcar). Limite la leche y lácteos (1-2 porciones al día) y los zumos (1 vaso pequeño al día). Evite las bebidas azucaradas.

VERDURAS

Cuanto más verduras y mayor variedad, mejor. Las patatas y las patatas fritas no cuentan.

CEREALES INTEGRALES

Coma cereales (granos) integrales variados (como pan integral, pasta integral, y arroz integral). Limite los cereales refinados (como arroz blanco y pan blanco).

FRUTAS

Coma muchas frutas y de todos los colores.

PROTEINA SALUDABLE

Escoja pescados, aves, legumbres (habichuelas/garbanzos/lentejas), y frutos secos; limite las carnes rojas y el queso; evite el beicon, fiambres, y otras carnes procesadas.

¡MANTÉNGASE ACTIVO!

© Harvard University

Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu

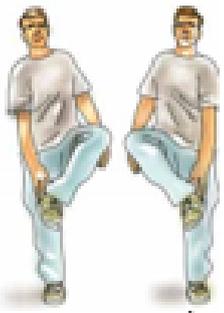
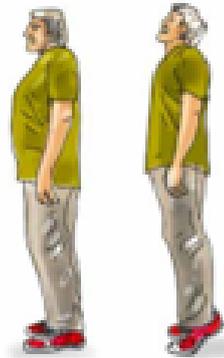
"Derechos de autor © 2011 Universidad de Harvard. Para más información sobre El Plato para Comer Saludable, por favor visite la Fuente de Nutrición, Departamento de Nutrición, Escuela de Salud Pública de Harvard, <http://www.thenutritionsource.org> y Publicaciones de Salud de Harvard, health.harvard.edu."

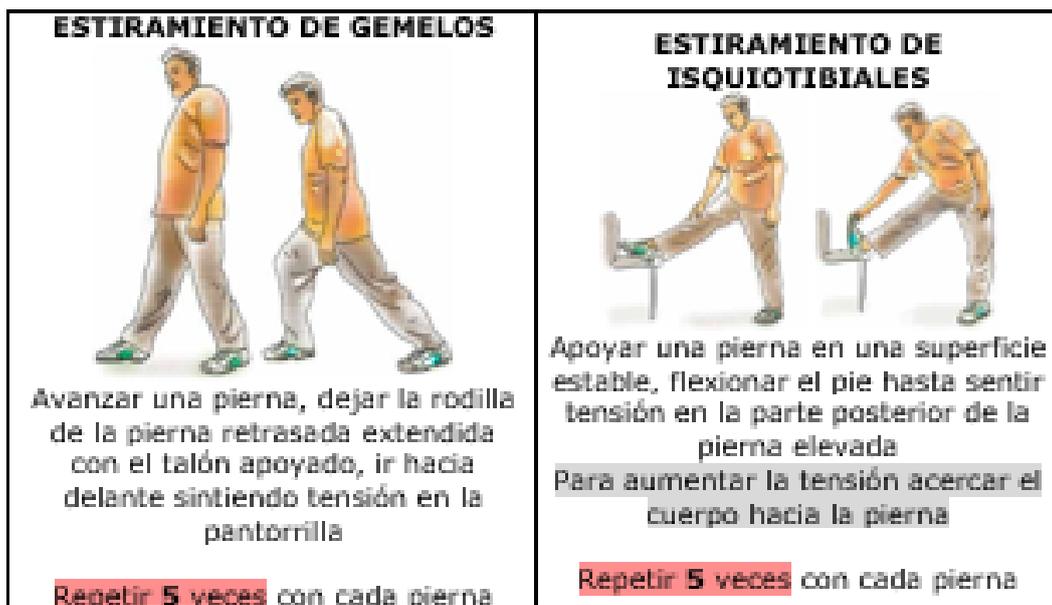
Fuente; . Harvard T.H. CHAN. School of Public Health [Internet]. Disponible en: https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish_spain/

ANEXO XXI: EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO

EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO	
<p>LATERALIZACIÓN DE CUELLO</p>  <p>Acercar la oreja hacia el hombro</p> <p>Repetir 6 veces, alternando el lado</p>	<p>DIAGONAL DE CUELLO</p>  <p>Llevar la mirada hacia arriba a la derecha y después hacia abajo a la izquierda y viceversa</p> <p>Repetir 5 veces a cada lado</p>
<p>FLEXIÓN DE HOMBROS</p>  <p>Cruzar las manos sobre la cabeza y extender los codos, llevando las palmas al techo</p> <p>Repetir 5 veces</p>	<p>EXTENSIÓN DE HOMBROS</p>  <p>Entrelazar las manos detrás del cuerpo y separar las manos de la espalda, después volver a pegarlas a esta</p> <p>Repetir 5 veces</p>
<p>ESTIRAMIENTO DE PECTORALES</p>  <p>Se apoyan las manos en la nuca y se abren y cierran los codos</p> <p>Repetir 5 veces</p>	<p>ROTADORES DE HOMBRO</p>  <p>Se juntan por la espalda un brazo por arriba y otro por abajo y se sube y baja</p> <p>Puede usarse una pica si no se llega con las manos</p> <p>Repetir 5 veces, cambiando la posición de los brazos</p>

<p>ESTIRAMIENTO DE MIEMBROS SUPERIORES I</p>  <p>Se cruzan los brazos por delante, se suben descruzando y vuelven a bajarse cruzando</p> <p>Repetir 5 veces</p>	<p>ESTIRAMIENTO DE MIEMBROS SUPERIORES II</p>  <p>Se separan los brazos abajo, se suben cruzando y se vuelven a bajar descruzando</p> <p>Repetir 5 veces</p>
<p>LATERALIZACIÓN DE TRONCO</p>  <p>Se inclina el tronco hacia un lado cojiendo aire y se vuelve a posición recta echando el aire</p> <p>Repetir 5 veces a cada lado</p>	<p>GIROS DE CINTURA</p>  <p>Con los brazos en jarra se hacen círculos con la cintura</p> <p>Repetir 5 veces a cada lado</p>
<p>ESTIRAMIENTO DE MIEMBROS INFERIORES I</p>  <p>Se apoya una mano sobre una superficie estable, se cruza la pierna contraria del lado apoyado y se separa girando el pie hacia el suelo</p> <p>Repetir 5 veces con cada pierna</p>	<p>ESTIRAMIENTO DE MIEMBROS INFERIORES II</p>  <p>Se separa la pierna del lado contrario al apoyado y se levanta a la vez que se cruza girando el pie hacia afuera</p> <p>Repetir 5 veces con cada pierna</p>

<p>ESTIRAMIENTO DE SEPARADORES Y ROTADORES</p>  <p>Apoiado en una superficie estable se flexiona la pierna del lado apoyado con la mano contraria y se lleva hacia el lado de la mano, volver a la posición inicial</p> <p>Repetir 5 veces con cada pierna</p>	<p>ESTIRAMIENTO DE CUADRICEPS</p>  <p>Apoiado en una superficie estable se lleva el pie hacia el glúteo y el muslo hacia atrás</p> <p>Repetir 5 veces con cada pierna</p>
<p>SENTADILLA</p>  <p>Con las piernas separadas y alineadas se realiza una flexión y extensión de las piernas como si fuese a sentarse</p> <p>Repetir 5 veces</p>	<p>ROTACIONES DE CADERA I</p>  <p>Tocar con una mano el tobillo del lado contrario</p> <p>Repetir 6 veces, alternando la pierna</p>
<p>ROTACIONES DE CADERA II</p>  <p>Tocar con la mano el talón del lado contrario por la espalda</p> <p>Repetir 6 veces, alternando la pierna</p>	<p>ESTIRAMIENTO DE LA CARA ANTERIOR DE LA PIERNA</p>  <p>Con los pies apoyados y alineados con la cadera, levantar los talones</p> <p>Repetir 5 veces</p>



Fuente: Guía de ejercicios para pacientes con enfermedad cardiovascular [Internet]. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=fQxdjjj67AU%3D&tabid=887>

ANEXO XXII: EJERCICIOS DE FUERZA

EJERCICIOS DE FUERZA	
<p>DELTOIDES</p>  <p>Ambos brazos pegados al cuerpo se suben a la vez sin doblar los codos, hasta la altura de los hombros y bajar</p> <p>2 series de 5 repeticiones</p>	<p>TRAPECIOS</p>  <p>Se colocan los brazos en "candelabro" y se llevan ambos hacia el medio por delante y hacia atrás, sin sobrepasar los hombros</p> <p>2 series de 5 repeticiones</p>
<p>PECTORALES</p>  <p>Ambos brazos separados a la altura de los hombros con los codos flexionados, se juntan las pesas por delante sin pasar la altura de los hombros y se separan</p> <p>2 series de 5 repeticiones</p>	<p>BICEPS</p>  <p>Brazos ligeramente separados del cuerpo y codos extendidos, se flexionan los codos hacia los hombros</p> <p>2 series de 5 repeticiones</p>
<p>TRICEPS</p>  <p>Ambos brazos pegados al cuerpo se levantan sobre la cabeza extendiendo lo codos y se bajan flexionando</p> <p>2 series de 5 repeticiones</p>	

Fuente: Guía de ejercicios para pacientes con enfermedad cardiovascular [Internet]. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=fQxdjjj67AU%3D&tabid=887>

ANEXO XXIII: EJERCICIOS EN COLCHONETA

EJERCICIOS DE COLCHONETA	
<p>PUENTE</p>   <p>Subir las caderas separando los glúteos del suelo y bajar</p> <p>3 series de 5 repeticiones</p>	<p>ABDOMINALES</p>   <p>Despegar los hombros de la colchoneta echando aire, sin estirar del cuello y retroceder a la colchoneta cogiendo aire</p> <p>3 series de 10 repeticiones</p>
<p>ABDOMINALES</p>    <p>Separar los hombros de la colchoneta inclinando el cuerpo para tocar con la mano el tobillo de la misma mano y viceversa</p> <p>3 series de 10 repeticiones alternando</p>	<p>ABDOMINALES</p>  <p>Flexionar y extender ambas piernas de manera coordinada, evite contener la respiración</p> <p>3 series de 10 repeticiones alternando</p>
<p>ESTIRAMIENTO DE ISQUIOTIBIALES</p>   <p>Apojar una pierna sobre la rodilla contraria y extenderla, tirando del pie hacia el suelo, evite contener la respiración</p> <p>2 series de 6 repeticiones con cada pierna</p>	<p>FLEXIÓN EXTENSIÓN DE TOBILLOS</p>   <p>Flexionar y extender los tobillos al límite del movimiento</p> <p>3 series de 5 repeticiones</p>

Fuente: Guía de ejercicios para pacientes con enfermedad cardiovascular [Internet]. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=fQxdjj67AU%3D&tabid=887>

ANEXO XXIV: HOJA DE EJERCICIO SEMANAL REALIZADO

EJERCICIO SEMANAL REALIZADO

Nombre y apellidos:

FEHCA	CALENTAMIENTO / ENFRIAMIENTO		TIPO DE EJERCICIO	DURACIÓN	F.C.
	sÍ	NO	AERÓBICO FUERZA COLCHONETA		
	sÍ	NO	AERÓBICO FUERZA COLCHONETA		
	sÍ	NO	AERÓBICO FUERZA COLCHONETA		
	sÍ	NO	AERÓBICO FUERZA COLCHONETA		
	sÍ	NO	AERÓBICO FUERZA COLCHONETA		
	sÍ	NO	AERÓBICO FUERZA COLCHONETA		
	sÍ	NO	AERÓBICO FUERZA COLCHONETA		
	sÍ	NO	AERÓBICO FUERZA COLCHONETA		

Fuente: elaboración propia.

ANEXO XXV: PAUTAS PARA LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

PAUTAS PARA TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

RELAJACIÓN RESPIRATORIA

TIPOS DE RESPIRACIÓN

RESPIRACIÓN COSTAL

El aire se concentra en la zona superior de la caja torácica y no llega a producirse una ventilación completa, disminuyendo la actividad de los músculos respiratorios.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Se dirige el aire hacia la zona media del tórax, hacia los costados, para facilitar la movilidad de la musculatura intercostal y torácica.

RESPIRACIÓN ABDOMINAL

Entrenar la respiración moviendo únicamente el abdomen intentando que la musculatura torácica y clavicular permanezca inmóvil.

RESPIRACIÓN PROFUNDA

Realizar 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos y repetirlos de 10 a 15 veces al día, sobre todo en situaciones de estrés.

1. Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
2. Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.
3. Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
4. Mantener la respiración. Repetirse interiormente “mi cuerpo está relajado”.
5. Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.

RESPIRACIÓN CONTROLADA

Realizarlo 10 veces seguidas y repetirlo 20 veces.

Respiración diafragmática: cuando se inspira se recomienda pensar en una palabra como “calma” y al espirar en otra como “relax”.

RELAJACIÓN PROGRESIVA – TÉCNICA DE JACOBSON

Tensión y distensión de 16 músculos diferentes.

Indicaciones:

- Procurar realizarla en el mismo orden todas las ocasiones, no importa si se comienza por las manos y se acaba por los pies, o viceversa.
- Si se olvida algún músculo se debe continuar con el siguiente.
- El tiempo de la tensión debe ser de aproximadamente 4 segundos y pasar inmediatamente a la relajación durante unos 15 segundos.
- La tensión no debe ser extremadamente fuerte, para evitar contracturas.
- Es recomendable focalizarse en el músculo que se está tensando y distendiendo en cada momento.

Músculos y orden (puede empezarse por el final):

1. Mano y antebrazo dominantes: apretar el puño dominante.
2. Brazo dominante: apretar el codo contra el brazo del sillón.
3. Mano y antebrazo no dominantes: apretar el puño no dominante.
4. Brazo no dominante: apretar el codo contra el brazo del sillón.
5. Frente: levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente.
6. Ojos y nariz: apretar los párpados y arrugar la nariz.
7. Boca: apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua.
8. Cuello y garganta: empujar la barbilla contra el pecho, pero hacer fuerza para que no lo toque.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda: arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre sí.
10. Región abdominal o estomacal: poner el estómago duro y tenso.
11. Muslo dominante: apretar el muslo contra el sillón.
12. Pantorrilla dominante: doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.
13. Pie dominante: doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo.
14. Muslo no dominante: apretar el muslo contra el sillón.
15. Pantorrilla no dominante: doblar los dedos del pie hacia arriba.
16. Pie no dominante: doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO XXVI: HOJA DE EVALUACIÓN FINAL DEL PROGRAMA

**EVALUACIÓN FINAL DEL PROGRAMA DE SALUD
"TU CORAZÓN ESTÁ EN TUS MANOS"**

Con el objetivo de conseguir que este Programa de Educación sea verdaderamente útil para mejorar su salud y la de otras personas que participen en él en un futuro, nos gustaría conocer su opinión, totalmente anónima, sobre este. Por favor, valore rodeando del 1 al 10 (siendo 1 la peor y 10 la mejor puntuación) los siguientes ítems:

Se han impartido las sesiones de forma clara, concisa y amena:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El contenido ha resultado interesante, útil y comprensible:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El tiempo dedicado a cada sesión y el ambiente en el que se ha desarrollado ha sido correcto:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El número de personas que han asistido ha sido adecuado:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La utilidad de este taller para cuidar mejor su salud es:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Su satisfacción general con el taller es de:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Recomendaría este programa a otras personas en su misma situación?

SÍ

NO

¿Qué considera usted que ha sido lo más interesante y más puede servir de ayuda en este programa de salud?

Aspectos que mejoraría o modificaría:

Fuente: elaboración propia.

